

様式第1号（第5条関係）

寝たきり身体障害者寝具乾燥消毒利用申請書

年 月 日

(宛先) 金沢市長

申請者 住所  
氏名  
対象者との続柄 ( )

次のとおり寝たきり身体障害者寝具乾燥消毒の利用を申請します。

対象者	ふりがな 氏名			年齢	才	電話	—
				生年月日			
				M. T. S. H. R	年	月	日生
	住所						
	身障者手帳番号	県・市	第	号	交付日	年	月 日
障害名 (手帳の記載どおり 記入してください。)						等級	
						種級	
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業(勤務先)			
		世帯主	M. T. S. H. R				
			M. T. S. H. R				
			M. T. S. H. R				
			M. T. S. H. R				
			M. T. S. H. R				
			M. T. S. H. R				
			M. T. S. H				
生活状況	現在の状態 (○印をつける)	外出	食事	入浴	着替	現在、ご自宅で生活していますか。	
	自分でできる					1 はい	
	できない (一部介助が必要)					2 いいえ	
	〃 (全部 〃 )					(病院、入所・入寮施設、その他)	
寝たきりとなった時期	昭和 年 月頃 平成						
サービスの内容等 (記入は不要)	対象寝具	敷き布団・掛け布団・毛布					
	回数	乾燥消毒 年9回		水洗い 年3回			
	費用	無料					