

寝具洗濯サービス利用申請書

令和 年 月 日

遠賀町長 殿

申請者（本人）

住所 遠賀町 _____

氏名 _____

電話番号 _____

（代理人氏名 _____）

令和 年度寝具洗濯サービスを利用したいので次のとおり申請します。

| | | | | | |
|--------------|---|---|-----|------|-------------|
| 対象者氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | M・T・S 年 月 日 |
| 回収先住所 | 遠賀町 | 電話番号 | — | | |
| 世帯主 | | | | | |
| 対象者の状態 | 介護保険における要介護度 | <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| | <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 身障1・2級 | | | | |
| | その他特記事項 | | | | |
| 回収希望時間帯 | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 | ※回収の際は事前に連絡があります | | | |
| 洗濯を希望する寝具の種類 | <input type="checkbox"/> 掛布団 枚 <input type="checkbox"/> 敷布団 枚 <input type="checkbox"/> 毛布 枚 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 介護用マットレス <input type="checkbox"/> その他 枚 | | | | |
| | ※洗濯期間中、代わりの寝具貸し出しを <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | | | | |

※ 該当する口をチェックしてください。

※ 洗濯する布団の組合せは自由ですが、3又は4点をご用意ください。