

第1号様式

收受	年	月	日
起案	年	月	日
決定	年	月	日
保存	長期		
非公開	理由(個人情報)		

担当	主査	課長

決定番号

下記の申請について、「寝具洗濯乾燥助成」の対象者に該当(する・しない)ので(決定・却下)する。

「墨田区高齢者寝具洗たく乾燥助成」 申請書

墨田区長 あて

令和 年 月 日

【確認事項】

- 請求を受けた負担額について、区の委託業者に速やかに支払うことに同意します。
- 受給に係る費用を確定するため、必要な範囲で区の関係機関が保有する次の個人情報を確認することに同意します。
 - 申請者及び同一世帯員の所得状況等
 - 申請者の生活保護等の受給の有無
 - 申請者の老齢福祉年金の受給の有無

1 以上の確認事項に同意の上、墨田区高齢者寝具洗たくの助成を申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな				生年月日
	氏名				年 月 日
	住所	墨田区			
	電話番号			携帯電話番号	
	ふりがな 氏名	利用者との 関係	住所		電話番号
緊急時の連絡先 (新続等)			〒		
※必ず1名以上記入 ※緊急時に委託業者 から連絡します。			〒		

2 以下の項目について、該当するものに☑及び○をつけてください。

(1)介護認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護(3 ・ 4 ・ 5)	<input type="checkbox"/> その他 ※対象になりません
(2)所在地	<input type="checkbox"/> 在宅である	<input type="checkbox"/> 入院・入所中 ※対象になりません
(3)寝具の乾燥	<input type="checkbox"/> 家庭内で寝具の洗濯・乾燥が困難な方 <input type="checkbox"/> その他 ※対象になりません (日当たり・干す場所・干す人の いずれかが無い)	
(4)生活保護等の受給	<input type="checkbox"/> 受給している	<input type="checkbox"/> 受給していない

3 その他、委託業者に伝えたいことなどありましたら記入してください。

--

事業所名

担当者

TEL

申請受付

高齢者支援総合センター 担当者

TEL