別記第1号様式(第4条)

浦安市要介護高齢者等寝具乾燥消毒申請書

年　　月　　日

浦安市長　　様

住　　所
申請者
氏　　名
電話番号(　　)

寝具の乾燥消毒を受けたいので、浦安市要介護高齢者等寝具乾燥消毒事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

利用者	住　　所			
	氏　　名		男・女	年　　月　　日生
	申請理由			
	要介護状態区分	要介護3・要介護4・要介護5		
	身体障がい者	身体障害者手帳に記載の障がい等級		級
	知的障がい者	療育手帳に記載の障がいの程度		
	精神障がい者	精神障害者保健福祉手帳	有・無	障がい等級　　級

注　要介護3から要介護5までのいずれかに該当することにより申請する方は、介護保険の被保険者証を提示してください。