

吹田市高齢者寝具乾燥消毒サービス事業利用申請書

令和 年 月 日

吹田市長宛

本人又は親族
(※ケアマネ等の事業者や民生委員は不可)

申請者

住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____ 対象者との続柄 _____

押印は不要

高齢者寝具乾燥消毒サービス事業の利用を次のとおり申請します。
なお、この申請に係る審査のために市職員が私及び私の世帯の者の所得
税額等について調査することに同意します。

対象者	住 所				
		電 話			
	氏 名	(男 ・ 女)			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他			
申請の理由					
世帯の状況	氏 名	対 象 者 の 続 柄	生 年 月 日	職 業 の 有 無	前年度所得税額
	生計中心者		年 月 日		円
			年 月 日		円
			年 月 日		円

申請理由の例

「腰痛により、自力で寝具を干すことができないため」