

様式第1号(第6条関係)

	市長	副市長	課長	係長	係	受付	年	月	日
決 裁						伺	年	月	日
						決裁	年	月	日
次の者の寝具乾燥消毒の利用を認めてよろしいか伺います。									

寝具乾燥消毒サービス事業利用申請書

年 月 日

胎内市長 様

申請者 住 所 胎内市

氏 名 ㊟

胎内市寝具乾燥消毒サービス事業実施要綱の規定に基づき、乾燥消毒を希望するので次のとおり申請いたします。

当 該 者 の 状 況	氏 名		男・女		年 月 日	日生 ( 歳)
	住 所	胎内市			電話	—
	ね た き り	年 月頃から(継続期間 年 箇月間)				
	身体障害者手帳	有 (障害区分 : 級) ・ 無				
	ひとり暮らしの 状 況					
	老 人 世 帯 (70歳以上のみ)					
	寝 具 の 状 況	掛 布 団		枚	敷 布 団	
	マツレス		枚	毛 布		枚
	丹 前		枚	計		枚
家 族 の 状 況	氏 名	年齢	続柄	職 業		
※市記入欄	減免の適合	適 ・ 否				

※の欄は記載しないこと。