

(様式第1)

室蘭市社会福祉協議会
布団乾燥サービス申請書

平成 年 月 日

室蘭市社会福祉協議会会長 様

住 所 室蘭市 町 丁目 番 号

申請者

ふりがな

氏 名

印 電話 ー

次のとおり、布団乾燥サービスの申請をします。

世 帯 主	住 所	室蘭市 町 丁目 番 号		
	ふりがな			電 話
	氏 名			
サービスを受けられる方	ふりがな			明・大・昭 年 月 日生
	氏 名			
	性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
障 害 名				身体障害者等級表による級別
				種 級

1. サービスを受けるかたの生活・身体状況

2. 使用されている布団の種類・数

区 分	種 類	数
掛 布 団		枚
敷 布 団		枚

3. 希望するサービスの種類と回数

(乾燥サービスは2ヵ月に1回、洗濯サービスは半年に1回を限度とします。)

掛 布 団	乾燥	ヵ月に	回	洗濯	ヵ月に	回
敷 布 団	乾燥	ヵ月に	回	洗濯	ヵ月に	回

4. その他