

新宿区長 宛て

新宿区高齢者寝具乾燥消毒サービス 申請書

この申請書に記載した情報を委託事業者に提供すること及び区が生活保護情報を確認することに同意した上で、下記のとおり、新宿区高齢者寝具乾燥消毒サービスの利用を申請します。

↑ 通知送付先に ✓	【本人】			
	フリガナ		生年月日	明治 大正 年 月 日生 昭和
	氏 名			歳
	住 所	〒 新宿区		電話番号
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯(日中のみ含む) <input type="checkbox"/> その他()			

↑ 通知送付先に ✓	【申請者】 本人が申請した場合は、記入不要です。			
	フリガナ		本 人 との関係	
氏 名				
住 所	〒		電話番号	

↑ 通知送付先に ✓	【緊急連絡先】 日中連絡のとれる緊急連絡先をご記入ください。			
	フリガナ		本 人 との関係	
氏 名				
住 所	〒		電話番号	

※ 通知送付先にチェックがない場合は申請者に送付します。

申請理由			
希望内容	<input type="checkbox"/> 乾燥消毒と水洗い <input type="checkbox"/> 乾燥消毒のみ <input type="checkbox"/> 水洗いのみ(9月)		

----- 区 処 理 欄 -----

受給要件	<input type="checkbox"/> 一人暮らし又は高齢者のみ世帯(日中のみ含む) <input type="checkbox"/> 障害者手帳1・2級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳1・2度 <input type="checkbox"/> その他(別紙「現況届」のとおり)	受付者

受給者負担の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> A-1グループ	<input type="checkbox"/> A-2グループ
住民番号		<input type="checkbox"/> B-1グループ	<input type="checkbox"/> B-2グループ
決定番号		<input type="checkbox"/> C-1グループ	<input type="checkbox"/> C-2グループ

課 長	係 長	係 員