

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この申請に基づく資格認定等のために情報提供ネットワークシステムを使用して地方税関係情報の情報連携を利用することに同意の上、下記のとおり、新宿区高齢者等寝具乾燥消毒サービスを申請します。

【本人】

通知送付先に ✓	フリガナ		生年月日	明治	年	月	日生	歳
	氏名			大正				
	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()						

【申請者】 本人が申請した場合は、記入不要です。

通知送付先に ✓	フリガナ		本人との関係	
	氏名			
	住所	〒		電話番号

【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。

通知送付先に ✓	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
------	---	-----

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

課長	係長	係員