

(表)

様式第1号 (第7条関係)

寝具クリーニング援助事業利用申請書

令和 年 月 日

湯沢町長 様

住所
申請者 氏名 (印)
電話

湯沢町寝具クリーニング援助事業実施要綱による事業を利用したいので、次のとおり申請します。また、認定審査に係る課税状況や扶養関係を確認する為に、課税台帳等を閲覧することに同意します。

(太枠線内のみ記入して下さい)

利用希望者	住所	湯沢町 町内名 () 電話 :			
	氏名	男・女	<small>明治 大正 昭和 平成</small>	年 月 日生 (歳)	
利用希望者の状況	利用希望者の状況	1. 65歳以上で3ヶ月以上寝たきりである 2. 要介護3以上の認定を受けている (介護度) 3. 75歳以上の単身高齢者 4. 中程度以上の認知症 (程度) 5. その他 ()			
	サービス利用の理由	(例: 自宅が狭くて干し場がないため)			
	同居する家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考
利用者及び世帯員の税法上の扶養者	有 [住所 氏名] ・ 無				
緊急連絡先	氏名 :	(利用者との続柄 :)			
	電話番号 :				

公印使用承認	決裁印	課長	係長	係員	起案	受付印
審査結果		否の理由				
適・否						

(裏)

寝具クリーニング注文票

品目	種別	単価	枚数	利用金額
掛布団	普通	3,000円		円
	羊毛	3,800円		円
	羽毛	4,500円		円
肌掛布団	普通	1,600円		円
	羽毛	3,800円		円
敷布団	普通	3,000円		円
	羊毛	3,800円		円
毛布	一重物	800円		円
	二重物	1,300円		円
	ウール	1,100円		円
かいまき毛布		1,500円		円
シーツ	普通	300円		円
	タオル	400円		円
	ボア	600円		円
布団カバー		400円		円
タオルケット		800円		円
ベッドパット		1,100円		円
合計				円

1 希望する品目の枚数と利用金額を記入してください。

2 合計枚数と合計金額を記入してください。

*対象者が日常使用している寝具のみが対象です。

*7,000円を上限に助成し、それを超えた金額は自己負担となります。

*担当クリーニング店が寝具を回収する際に、改めて注文の品の詳細な品目を確認し、利用金額を確定させていただきます。