

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	大正 昭和 平成	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()			
	サービスの利用の理由	(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						

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
集 配 料 金	①か②を選択してください。			
		①集配希望 (家まで来てもらう場合)		400 円
		②クリーニング店に直接搬入の場合は無料		0 円
合 計				円

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。

集配を希望する場合は 400 円を加算し
7,000 円までが助成対象となります。