

様式第1（第5条関係）

大口町寝具洗濯乾燥消毒サービス利用申請書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住 所 大口町

氏 名 ⑩

電 話

私の属する世帯の町民税の課税状況を閲覧することに同意を得ましたので、次のとおり大口町寝具洗濯乾燥消毒サービスの利用を申請します。

氏 名		生年月日	年 月 日	性 別	男・女
対象区分	1. 要介護2・3・4・5                      2. 身体障害者手帳1・2級 3. 特定医療費受給者証（指定難病）の保持者 4. 70歳以上の単身高齢者 5. 75歳以上の高齢者世帯に属する者      6. その他				
世帯状況 (申請者を除く)	氏 名	続 柄	氏 名	続 柄	
備 考					

※申請者に感染症があるときは、備考欄にその病名を記入してください。

特定医療費受給者証（指定難病）をお持ちの方は、ご提示ください。

◎下記は、記入不要です。

介護保険料段階	段階	利用料金	円
---------	----	------	---