

寝具洗濯乾燥消毒サービス事業申請書

No. _____

平成 年 月 日

社会福祉法人 大阪市平野区社会福祉協議会様

申請者 住所 _____
 氏名 _____ (印)
 電話 _____

下記のとおり寝具洗濯乾燥消毒サービス事業について申し込みます。

ご利用者ご本人		住 所	
フリガナ		〒 547-	
男・女		平野区	
生年月日	明・大・昭・平	電話(本人宅)	— —
年 月 日 (歳)		電話(家族等)	— —
通知の連絡先	ご本人・ その他 () → 一カ所のみ		
家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 障がい者のみの世帯 (と同居)		
障がいの区分	種類および級 ()	※障がい者手帳の提示をいただく場合があります。	
申請回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 以前に利用した ※何で知りましたか? <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他 ()		
申請理由	・布団の清潔保持が、困難な理由を詳しく記入してください。 ※記入がないと申請の受付ができません		
—サービス内容—			
<ul style="list-style-type: none"> ■ 自己負担金：丸洗い乾燥＝掛布団・敷布団 (各 1 枚 1,080 円) 毛布 (各 1 枚 432 円) ■ 申込み枚数：布団 2 枚まで (毛布は 1 枚まで) 			
・掛布団 (枚) ・ 敷布団 (枚) ・毛布 (枚) 負担合計金額 _____ 円			
<ul style="list-style-type: none"> ■ レンタル【有料】 掛布団 ・ 敷布団 ・ 毛布 ・各 1 枚 200 円 (枚) (枚) (枚) レンタル合計金額 _____ 円 			
総合計金額 _____ 円			
備 考			
事務局記入欄	受付者 ()		

※本事業を通じて知り得た個人情報については、本事業にのみ使用いたします。

※審査のうえ、決定します。

※障がい者手帳を提示していただく場合があります。

※郵送・FAXでの受け付けはいたしておりません。来所がむずかしい場合は、ご相談ください。

(社福)大阪市平野区社会福祉協議会 平野区平野東 2-1-30 ☎ 6795-2525

切取り線