

高齢者寝具乾燥事業利用申込書

（宛先）小金井市長

申込者 住所
氏名
電話

下記のとおり、高齢者寝具乾燥事業の利用を申し込みます。

なお、利用の要件を確認するため、市長が下記の項目について公簿等で確認すること、及び小金井市高齢者見守り支援台帳に登載し、見守りが必要なときは関係機関に情報を提供することに同意します。

記

利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名				
※ 住所と電話番号が申込者と同じ場合は、記入不要です。					
住所	小金井市 町 丁目 番号		電話		
申請理由	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定状況 介護度 () ・要支援 () ・未申請				
	<input type="checkbox"/> 心身の状況 ・歩行が困難 ・大きな物が持てない。 ・その他 ()				
	<input type="checkbox"/> 家屋の状況等 ・布団を干す場所がない。 ・日当たりが悪い。 ・その他 ()				
緊急連絡先	氏名	住所	電話	続柄	

※ この届出項目は、電子計算組織に登録されます。