

様式第1（第5条関係）

寝具乾燥クリーニング事業申請書

年 月 日

半 田 市 長 様

申請者 住所
氏名
電話

下記のとおり寝具乾燥クリーニングを申請します。

利用者氏名		生年月日	年	月	日
住 所	〒475- 半田市		TEL	—	
対象区分	(1) 要介護認定1以上の方 ----- (2) 身体障がい者手帳1級・2級（肢体不自由）の方				
希望枚数 ※注1	掛布団	敷布団	毛布		
1回目	枚	枚	枚		
2回目	枚	枚	枚		
希望時期 ※注2	第1回 〆切 月 日	第2回 〆切 月 日	第3回 〆切 月 日	第4回 〆切 月 日	
代替布団	希望する ・ 希望しない				

※注1 1回につき掛・敷布団各1枚、毛布2枚の範囲で希望の枚数

※注2 2回まで利用できますので、希望時期に○を付けて下さい。

同意書	寝具乾燥クリーニング事業の利用における審査のために、私の市税等の納付状況を市担当者が調査することに同意します。 氏名
-----	---