

第1号様式(第5条関係)

寝具洗濯乾燥事業申請書

年 月 日

清須市長 様

(申請者)

住 所 清須市

氏 名 ㊟

電 話 ー

※自署した場合、押印は不要です。

下記のとおり、寝具乾燥事業の受給を申請します。

利用希望者	住 所	清須市				
		電話()				
家族構成	氏 名		生年 月 日	年 月 日生	年齢	
		氏 名	続柄	氏 名		続柄
対象要件	1 常時臥床又はそれに準ずる者 2 一人暮らしでおおむね65歳以上 3 身体障害者1級又は2級 4 その他					
開始年月日	年 月 日から					
備考						