様式第1号(第6条関係)

越前市寝具洗濯サービス事業利用申請書
(　　年　月分)

越前市長　殿

申請日　　年　　月　　日

次のとおり、寝具洗濯サービスの利用を申請します。

寝具洗濯サービス事業の利用について必要があるときは、公簿等で世帯情報及び税情報等の確認を行うことに同意します。

申請者住所 (利用者)			
申請者氏名 (利用者)		TEL	
生 年 月 日	年　　月　　日		
希望するものを○で囲んでください	掛布団　・　敷布団　・　毛布		

(市確認欄)記入しないでください。

世 帯 構 成	1.一人暮らし　2.高齢者世帯　3.その他	
利用者の介護認定区分	要介護　1　2　3　4　5	
調　査　書	別 紙 添 付	確認者

調査書（寝具洗濯サービス事業利用申請用）

利用者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【調査内容】

1. 日常生活自立度（寝たきり度）
□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2

2. 寝返り
□できる　□何かにつかまればできる　□できない

3. 起き上がり
□できる　□何かにつかまればできる　□できない

4. 衛生管理
□問題なし　□困難である

5. 心身の障害及び疾病名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【特記事項】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【調査実施者】
事業所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

寝具洗濯サービス事業　　利用者名（　　）

引渡し対応者	受け取り対応者	希望日時（火・水・木の9:00～15:30）	布団レンタル （有料）
氏名 続柄 連絡先	氏名 続柄 連絡先	回収日：　　月　　日（火・水・木） 時　　分頃 □いつでもよい （基本は、回収日の2週間後） 配達日：　　月　　日（火・水・木） 時　　分頃 □いつでもよい	要 ・ 不要 □掛布団 □敷布団 ※今回希望される洗濯種類に対しての有料貸出となります。

注意事項

〇対象となる寝具は**シングルサイズ**に限ります

〇寝具の種別は、**事業者の判断**となります。判断がつかない時は、事業者へ確認してください。

〇**破れ・ほつれ等ある寝具は洗濯できない**ことがあります。申請前に**必ず確認**してください。

〇寝具洗濯サービスの対象として決定を受けていない寝具は、**自己負担**となります。

〇回収の際は、シーツを外して玄関先に出してください。

〇コロナウイルス感染症対策及び家具家財への破損等を防ぐため、事業者は**玄関先の立ち入り**になります。

〇納品までは**2週間程度要します**。

〇配達前に事業者より納品日の確認の連絡が家族またはケアマネジャーにあります。

〇配達時には、本人以外に**家族または、ケアマネジャー等の同席**をお願いします。

〇配達時に、洗濯した布団への**シーツの着装等はいたしません。**玄関先への配達のみです。