

寝たきり老人等寝具クリーニングサービス事業助成申請書

令和 年 月 日

多久市社会福祉協議会会長 様

住 所 多久町
申請者
氏 名 (印)
(Tel -)

寝たきり老人等寝具クリーニングサービス事業助成の適用を受けたいので、
下記のとおり申請します。

記

- 1 対象者氏名 _____ 生年月日 M・T・S 年 月 日生
- 2 添付書類
(1) 多久市内クリーニング店発行の領収書
- 3 助成金振込み口座番号
(1) 金融機関名

(2) 名義及び口座番号

◇調査欄

(1) 寝たきりの期間	年 月 (年 月頃より)
(2) 日常生活自立度	ランク C ・ ランク B
(3) その他	

決 定 伺						
起案日 ()		会 長	事務局長	事務局次長	課 長	係
このことについて、 決定・却下してよろ しいかお伺いします 決裁日 ()	決 裁					