

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 (Tel) 印

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 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 月頃より
(2) 日常生活自立度	ランク B ・ ランク C
(3) その他	

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