

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 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 稽 | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------|-----|------|-------|-----|-----|---|
| 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 かお問い合わせします。 | | | | | | | |
| 決裁日() | | | | | | | |