

第 1 号様式（第 5 条関係）

重度障害者寝具乾燥事業利用申請書

年 月 日

（宛先）春日井市長

住所 \_\_\_\_\_

申請者

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号（      —    ）

寝具乾燥を利用したいので、次のとおり申請します。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		電話	
要介護 状態区分		有効期間		
身体障害者 手帳		障害の程度		
その他の 手帳	1 療育手帳（                      ）			
	2 精神障害者保健福祉手帳（                      ）			
備考				

この申請に関する所得要件を確認するため世帯員の市民税に関する公簿の閲覧に承諾します。

（氏名） \_\_\_\_\_ 印