

令和 年 月 日

刈谷市長

申請者 住 所.....  
 氏 名.....(続柄.....)  
 電話番号.....

下記のとおり申請します。なお、サービスの提供に必要な情報を関係機関に提供することに同意します。  
 記

対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所	<input type="checkbox"/> 同上			
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 同上			
希 望 す る サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 布団乾燥 <input type="checkbox"/> 寝具クリーニング				
備 考					

【市確認欄 受給要件等】

布団乾燥	<input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯
寝具クリーニング	<input type="checkbox"/> 在宅ねたきり・認知症高齢者見舞金受給者 <input type="checkbox"/> その他 ( )

受付

