令和　　　年　　　月　　　日

身体障害者寝具洗濯サービス利用申請書

南越前町社会福祉協議会長　様

申請者　　住　　所　　南越前町

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日

昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日(　　 才)

電話番号　　　　　　　―

身体障害者寝具洗濯サービスを希望しますので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 寝具の種類・枚数（各種１枚まで） | 敷布団　　　　枚掛布団　　　　枚毛　布　　　　枚 |