

平成30年度 東淀川区社会福祉協議会 ふとん丸洗い乾燥事業申込書

ふりがな	※事務局記入欄		
氏名	電話 — —		
住所 <small>正確にご記入ください</small>	〒533- 東淀川区		
生年月日 <small>必ずご記入ください</small>	大正・昭和・平成	年 月 日	生 歳
・申込みは、「心身の状態等により、ふとんの清潔保持が困難な方」が「支援者を通して」の申込みに限ります。 ・1について具体的に心身の状態などの理由を未記入の場合は、受付できませんのでご了承ください。			
1 ふとんを清潔に保持できない理由（必ずご記入お願いします。）			
2 ふとんの種類・枚数・貸し出し（希望項目に必ず○をつける）			
・ふとん	<input type="checkbox"/> 1枚 <input type="checkbox"/> 2枚	(2枚まで可)	⇒ 合計3枚まで可能
・毛布	<input type="checkbox"/> 1枚 <input type="checkbox"/> 2枚 <input type="checkbox"/> 3枚	(3枚まで可)	
(貸し出しは? 必要・不要)			
 ・掛ふとん【1枚】 <input type="checkbox"/> ・敷ふとん【1枚】 <input type="checkbox"/> ・毛布【1枚】 <input type="checkbox"/>			
3 身体の状態（該当項目、身体の状態（介護度及び身障等級など）に必ず○をつける）			
・要介護度      要支援（1・2）      要介護（1・2・3・4・5） ・身体障害者手帳（1・2）級      ・療育手帳（A）      ・精神保健福祉手帳（1級）			
4 家族(世帯)の状況(該当項目に必ず○をつける)			
<input type="checkbox"/> 独居高齢者（65歳以上） <input type="checkbox"/> 障がい者のみの独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯（65歳以上） <input type="checkbox"/> 障がい者のみの世帯（高齢者と障がい者のみの世帯も含む）			
5 連絡事項（ふとんの集配は平日の午前・午後の2択でお願いします）			
★ 当日 カバーを外して玄関まで準備できる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ※できない場合、誰が対応 ⇒ ヘルパー、知人、その他（      ）			
★ 希望曜日（平日）・時間帯は、（午前か午後の2択※午前：9時半～正午、午後：0時半～5時） <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後			
★ 都合の悪い日 ① 月 日( ) 午前・午後      ② 月 日( ) 午前・午後			
★ ヘルパーが対応する場合 ⇒ ヘルパー訪問曜日及び時間帯 ① (      ) 曜日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後    ② (      ) 曜日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後			
★ 日程調整の案内文の郵送先 <input type="checkbox"/> 本人宅 <input type="checkbox"/> 本人以外（      ） ↓			
地域・事業所名	連絡先氏名		ご本人以外の連絡先をご記入ください
(必ず担当者名も)	(      )		(      ) <small>関係</small>
電話番号	電話番号		(      )

\* 氏名、住所その他の個人情報、当事業の実施にのみ使用いたします。

\* ふとん丸洗い乾燥事業は、共同募金配分金を活用して実施しています。

お問合せ：東淀川区社会福祉協議会（地域支援担当） TEL 6370-1630