

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
------------------------	---------------------------------------