別記様式第１号（第４条関係）　　　　　（表面）

　　　　　　　　深川市高齢者等ごみ出し支援事業利用申請書

深川市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  ※利用希望者本人の場合は記載不要 | フリガナ | |  | 利用者との  関係 | | □親族（　　　　）　□ケアマネジャー  □相談支援専門員　　□その他（　　　　　　） | |
| 氏　　名 | | ㊞ |
| 住　　所 | | 〒 | | | | |
| 電話番号 | | ①（　　　）　　　　－　　　　　　　　②（　　　）　　　　　－ | | | | |
| 利用希望者  （世帯）について | | | □①　世帯の全員が要件に合致（要介護者、身体障害1～2、精神障害1級、知的障害A） | | | | |
| □②　①に該当しないが特に認められるもの（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 利用  希望者 | | フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏　　名 | ㊞ |
| 住　　所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | （　　　　　） | | | | |
| 介護認定  区分 | □要介護1　　□要介護2　　□要介護3　　　□要介護4  □要介護5　　□要支援1　　□要支援2 | | | | |
| 障害等級 | □身体障害1級　　□身体障害2級  □精神障害1級　　□知的障害A  □その他 | | | | |
| 同居者の有無 | 有り（　　　人）　　　・　　　無し　　※「有り」の場合は、下記に同居者を記載 | | | | |
| 同居者  ① | | フリガナ |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 介護認定  区分 | □要介護1　　□要介護2　　□要介護3　　　□要介護4  □要介護5　　□要支援1　　□要支援2 | | | | |
| 障害等級 | □身体障害1級　　□身体障害2級  □精神障害1級　　□知的障害A  □その他 | | | | |
| 同居者  ② | | フリガナ |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 介護認定  区分 | □要介護1　　□要介護2　　□要介護3　　　□要介護4  □要介護5　　□要支援1　　□要支援2 | | | | |
| 障害等級 | □身体障害1級　　□身体障害2級  □精神障害1級　　□知的障害A  □その他 | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面）

〇ごみ収集に関する事項

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開始希望日 | 年　　　　　月　　　　日ころ | | | |
| 住居形態 | □戸建て | | | |
| □集合住宅（　　　階） | | エレベーター | □有り　　　　　□なし |
| オートロック | □有り　　　　　□なし |
| 管理者  ※賃貸の場合 | □個人　　氏　名：　　　　　　　　　連絡先： | | | |
| □企業　　会社名：　　　　　　　　　連絡先： | | | |
| 他に利用しているサービス  ※週に1回以上受けているもの | □介護サービス　　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  □障害福祉サービス（内容：　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  □その他（民間の安否確認など）（内容：　　　　　　 　　　　　） | | | |
| 近隣との関係 | 町内会への加入 | □加入している　　　□加入していない | | |
| （近隣住人との関係や、近くに住む親族の情報などを具体的にお書きください） | | | |
| 特記事項  （伝えておきたいこと） |  | | | |

〇緊急時等の連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先１ | フリガナ |  | 利用者との関係 | □親族（　　　　）□ケアマネジャー  □相談支援専門員　□その他（　　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 | | |
| 電話番号 | ①（　　　）　　　－ | | ②（　　　）　　　－ |
| 連絡先２ | フリガナ |  | 利用者との関係 | □親族（　　　　）□ケアマネジャー  □相談支援専門員　□その他（　　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 | | |
| 電話番号 | ①（　　　）　　　－ | | ②（　　　）　　　－ |
| 連絡先３ | フリガナ |  | 利用者との関係 | □親族（　　　　）□ケアマネジャー  □相談支援専門員　□その他（　　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 | | |
| 電話番号 | ①（　　　）　　　－ | | ②（　　　）　　　－ |

※市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　　　付 | 該　当　要　件 | 支　援　方　法 |
| □要介護者  □障がい者  □その他 | □戸別収集  □地域の協力団体  　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 審　査　結　果 | □該当  □非該当（理由：　　　　　　　） |
| （特記事項） | | |