別記様式第１号（第４条関係）　　　　　（表面）

**記入例**

　　　　　　　　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 | **フカガワ　ジロウ** | 利用者との関係 | ☑親族（　**長男**　）　□ケアマネジャー□相談支援専門員　　□その他（　　　　　　） |
| 氏　　名 | **深川　次郎**㊞ |
| 住　　所 | 〒**000-0000　　〇〇市〇条〇番〇号** |
| 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 | **フカガワ　ハナコ** | 男・女 | 生年月日 | S0年　0　月　0日（　00歳） |
| 氏　　名 | **深川　花子**㊞ |
| 住　　所 | 〒**074-0000　　深川市〇条〇番〇号** |
| 電話番号 | （　**0164**　　）**00-0000**　 |
| 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（　１　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 | フカガワ　タロウ | 男 ・ 女 | 生年月日 | S0年0月0　日（　00歳） |
| 氏　　名 | **深川　太郎** |
| 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）

**記入例**

〇ごみ収集に関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| 開始希望日 | 　　　　令和３　年　　　７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：**ヘルパー週２回、デイサービス週２回**　）□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）**市内に親族はいないが、近所に連絡のやり取りをしている方がいる。** |
| 特記事項（伝えておきたいこと） | **本人、同居者ともに、足が悪く、外出はタクシーを利用。ゴミステーションまで遠くゴミを持って歩けない。** |

〇緊急時等の連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先１ | フリガナ | **フカガワ　ジロウ** | 利用者との関係 | ☑親族（　**長男**　）□ケアマネジャー□相談支援専門員　□その他（　　　　　） |
| 氏　名 | **深川　次郎** |
| 住　所 | 〒**000-0000　　〇〇市〇条〇番〇号** |
| 電話番号 | ①（**000**　）**0000**－**0000** | ②（　　　）　　　－ |
| 連絡先２ | フリガナ | **ソラチ　サブロウ** | 利用者との関係 | ☑親族（　**甥**　　　）□ケアマネジャー□相談支援専門員　□その他（　　　　　） |
| 氏　名 | **空知　三郎** |
| 住　所 | 〒**000-0000**　　　**〇〇町〇区〇町内** |
| 電話番号 | ①（**000**　）**0000**－**0000** | 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） |