

別 記

第 1 号様式 (第 4 条)

浦安市高齢者等ごみ出し支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

高齢者等ごみ出し支援事業を利用したいので、浦安市高齢者等ごみ出し支援事業実施要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

住 所

申請者

氏 名

① 申請者	ふりがな		電話	自宅		
	氏 名			携帯		
	生年月日	年 月 日	年齢	歳		
	要介護認定、障がいの程度等					
② 世帯の状況	<input type="checkbox"/> 65歳以上でひとり暮らしの高齢者 <input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者のみの世帯 (人) <input type="checkbox"/> ひとり暮らしの障がい者 <input type="checkbox"/> 障がい者のみの世帯 (人) <input type="checkbox"/> その他 (
③ 同居者の状況	□ なし □ あり	ふりがな		続柄	年齢	要介護認定、障がいの程度等
		氏 名				
		ふりがな		続柄	年齢	要介護認定、障がいの程度等
		氏 名				
		ふりがな		続柄	年齢	要介護認定、障がいの程度等
		氏 名				

④ごみ出しの状況について

・現在はどうのごみを出していますか。

--

・対象者がごみを排出することができない理由を記入してください。

--

⑤収集時の毎回の声掛けについて

毎回の声掛けを 希望する 希望しない

・声掛けの方法について、ご要望があれば記入してください。

--

⑥声掛けに応答がないときや、ごみ出しがないときの連絡先

連絡先	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 福祉担当課（ 課） <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 計画相談支援事業者 <input type="checkbox"/> その他（		
	ふりがな		連絡先
	氏名・名称		
	住所		利用者との関係
	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 福祉担当課（ 課） <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 計画相談支援事業者 <input type="checkbox"/> その他（		
	ふりがな		連絡先
	氏名・名称		
	住所		利用者との関係
	<input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 福祉担当課（ 課） <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 計画相談支援事業者 <input type="checkbox"/> その他（		
	ふりがな		連絡先
	氏名・名称		
	住所		利用者との関係
(備考)			

⑦書類の送付先について（各種通知文、現況確認書類等） ※おおむね2年ごとに現況確認を行います。

<input type="checkbox"/> ①の対象者宅	<input type="checkbox"/> ⑥の連絡先の（ ）
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

※この申請に当たり、介護保険被保険者証、障がい者手帳等の写しを必ず添付してください。