第1号様式（第4条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付番号

江別市ごみサポート収集利用申請書

江別市長　宛

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1以上、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、特別に認められるべきもの　※依頼書（第3号様式）が必要 |
| 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 |
| 障害認定区分 | □身体障害1級　　□身体障害2級　　□身体障害3級□精神障害1級　　□精神障害2級　　□知的障害A　　□知的障害B□その他 |
| 介護保険番号又は障害福祉サービス受給者証番号 |  | 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
| 同居者の有無 | 　有り（　　　人）　　　・　　　無し　　※「有り」の場合は、下記「同居者①」以降を記載 |
| 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 |
| 障害認定区分 | □身体障害1級　　□身体障害2級　　□身体障害3級□精神障害1級　　□精神障害2級　　□知的障害A　　□知的障害B□その他 |
| 介護保険番号又は障害福祉サービス受給者証番号 |  | 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
| 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 |
| 障害認定区分 | □身体障害1級　　□身体障害2級　　□身体障害3級□精神障害1級　　□精神障害2級　　□知的障害A　　□知的障害B□その他 |
| 介護保険番号又は障害福祉サービス受給者証番号 |  | 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |

〇収集に関係する事項

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　　□無し |
| オートロック | □有り　　　　　□無し |
| 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 | 自治会への加入 | □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【つながりやすい連絡先（携帯番号）をお書きください】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（　　　）　　　－ |
| 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（　　　）　　　－ |

◇市担当者記載欄

|  |
| --- |
|  |