

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 | | | 利用希望者との関係 | <input type="checkbox"/> 親族（ ） | <input type="checkbox"/> ケアマネジャー | |
| | 氏名 | (印) | | | <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 住所 | (〒 -) | | | | | |
| | 電話番号 | ① () - ② () - | | | | | |
| 利用希望者（世帯）について | | <input type="checkbox"/> ① <u>世帯の全員</u> が要件に合致（要介護1以上、身体障害1～2級、精神障害1級、知的障害A） <input type="checkbox"/> ② 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 | (印) | | | | | |
| | 住所 | (〒 -) | | | | | |
| | 電話番号 | () - | | | | | |
| | 状態 | 介護状態区分 | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| | | 障害等級 | <input type="checkbox"/> 身体障害1級 <input type="checkbox"/> 身体障害2級 <input type="checkbox"/> 精神障害1級 <input type="checkbox"/> 知的障害A <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| | 介護保険被保険者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 | (印) | | | | | |
| | 状態 | 介護状態区分 | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| | | 障害等級 | <input type="checkbox"/> 身体障害1級 <input type="checkbox"/> 身体障害2級 <input type="checkbox"/> 精神障害1級 <input type="checkbox"/> 知的障害A <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| | 介護保険被保険者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②」以降を記載 | | | | |
| 同居者② | フリガナ | | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日（ 歳） | |
| | 氏名 | (印) | | | | | |
| | 状態 | 介護状態区分 | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| | | 障害等級 | <input type="checkbox"/> 身体障害1級 <input type="checkbox"/> 身体障害2級 <input type="checkbox"/> 精神障害1級 <input type="checkbox"/> 知的障害A <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| | 介護保険被保険者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③」以降を記載 | | | | |

○収集に関する事項

| | | | |
|--------------------------------|--|--|---|
| 開始希望日 | 年 月 日頃 | | |
| 住居形態 | <input type="checkbox"/> 戸建て | | |
| | <input type="checkbox"/> 集合住宅（ 階） | エレベーター | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し |
| | | オートロック | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し |
| 管理者 | <input type="checkbox"/> 個人（氏名： 連絡先：） | | |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 介護サービス（内容：） | | |
| | <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス（内容：） | | |
| | <input type="checkbox"/> その他（民間の安否確認など）（内容：） | | |
| 近隣住人等との関係 | 自治会への加入 | <input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 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） | | | |

○緊急時等の連絡先 【つながりやすい連絡先（携帯電話等）をお書きください。】

| | | | | |
|-------|------|--------|---------|--|
| 連絡先 1 | フリガナ | | 利用者との関係 | <input type="checkbox"/> 親族（ ） <input type="checkbox"/> ケアマネジャー |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | ①（ ） - | ②（ ） - | |
| 連絡先 2 | フリガナ | | 利用者との関係 | <input type="checkbox"/> 親族（ ） <input type="checkbox"/> ケアマネジャー |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | ①（ ） - | ②（ ） - | |
| 連絡先 3 | フリガナ | | 利用者との関係 | <input type="checkbox"/> 親族（ ） <input type="checkbox"/> ケアマネジャー |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | ①（ ） - | ②（ ） - | |
| 連絡先 4 | フリガナ | | 利用者との関係 | <input type="checkbox"/> 親族（ ） <input type="checkbox"/> ケアマネジャー |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | ①（ ） - | ②（ ） - | |