

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 氏名		利用者との 関係	<input type="checkbox"/> 親族（ ） <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <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 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） <input type="checkbox"/> 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 氏名		男・女	生年月日	年 月 日（ 歳）
	住所	〒			
	電話番号	（ ）			
	介護認定 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"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2			
	障害認定区分	<input type="checkbox"/> 身体障害1級 <input type="checkbox"/> 身体障害2級 <input type="checkbox"/> 身体障害3級 <input type="checkbox"/> 精神障害1級 <input type="checkbox"/> 精神障害2級 <input type="checkbox"/> 知的障害A <input type="checkbox"/> 知的障害B <input type="checkbox"/> 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 氏名		男・女	生年月日	年 月 日（ 歳）
	介護認定 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"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2			
	障害認定区分	<input type="checkbox"/> 身体障害1級 <input type="checkbox"/> 身体障害2級 <input type="checkbox"/> 身体障害3級 <input type="checkbox"/> 精神障害1級 <input type="checkbox"/> 精神障害2級 <input type="checkbox"/> 知的障害A <input type="checkbox"/> 知的障害B <input type="checkbox"/> 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 氏名		男・女	生年月日	年 月 日（ 歳）
	介護認定 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"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2			
	障害認定区分	<input type="checkbox"/> 身体障害1級 <input type="checkbox"/> 身体障害2級 <input type="checkbox"/> 身体障害3級 <input type="checkbox"/> 精神障害1級 <input type="checkbox"/> 精神障害2級 <input type="checkbox"/> 知的障害A <input type="checkbox"/> 知的障害B <input type="checkbox"/> 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	

○収集に関する事項

開始希望日	年 月 日 ころ		
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 ※賃貸の場合	<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(携帯番号)をお書きください】

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

◇市担当者記載欄

--