

鎌ヶ谷市ふれあい収集事業利用申込書

令和△年 ○月 ×日

鎌ヶ谷市長 様

鎌ヶ谷市ふれあい収集事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申し込みます。

○申込者本人の状況等について

利用 申込 者	フリガナ	カマガヤ ハナコ			男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	氏名	鎌ヶ谷 花子			
	住所	鎌ヶ谷市 □□□丁目×番△号 アパート・マンション名 () 階 号室、エレベーター (有・無)			
	生年月日	昭和18年 4月 1日	電話	自宅 047-000-XXXX 携帯 090-XXXX-XXXX	
要介護認定、 障がいの程度 等	要介護 (1・2・3・4・5) 障がいの程度等 (障害者手帳3級(視覚障害)) その他 ()				
同居者の有無	<input type="checkbox"/> 同居者なし <input checked="" type="checkbox"/> 同居者あり (本人の他に、 1 人)				
同居者ありの場合、そ の状況	フリガナ	続柄	生年月日	要介護認定・ 障がいの程度等	
	カマガヤ タロウ	長男	S44.5.1	身体障害者手帳 1級	
	鎌ヶ谷 太郎				

※ 利用申込者及び同居者の介護保険被保険者証、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等の原本を提示するか、写しを添付してください。

家族・親族の有無 (上記の同居者を除く。)				<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ありの場合 は、その状況 (居住地が近 い順に記載)	フリガナ	カマガヤ ジロウ	続柄	次男	住所
	氏名	鎌ヶ谷 次郎			
	フリガナ		続柄		住所
	氏名				

現在ほどあなたがどのように ごみを出していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 家族以外の親族 <input type="checkbox"/> 近隣の方 <input type="checkbox"/> その他 ()
ごみステーションまで出 すことができない理由を 記入してください。	柏市に住む次男が月に1回程度出してくれているが、仕事の都合 で2回以上はできない。その他は本人が何とか出している。 足腰が弱っているほか視覚障害がある。ごみステーションが遠く、 段差があり、今年7月に転倒して怪我をした。同居家族は車いす のためごみ出しはできない。ホームヘルパーは利用時間外。

○地域における近隣住民の助け合いやボランティア活動について

ボランティア等からごみ出しの支援を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
---------------------------	---------------------------------------------------------------------

緊急 連絡 先	①	フリガナ	カマガヤ シロウ		本人との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 家族・親族 (次男) <input type="checkbox"/> 介護等に関わる者 () <input type="checkbox"/> 近隣在住者 <input type="checkbox"/> その他 ()
		氏名	鎌ヶ谷 次郎		
		住所	千葉県柏市〇〇×丁目		
		電話	080-XXXX-△△△△		
	②	フリガナ	ダイツ リコ		本人との関係 <input type="checkbox"/> 家族・親族 () <input checked="" type="checkbox"/> 介護等に関わる者 (ケアマネジャー) <input type="checkbox"/> 近隣在住者 <input type="checkbox"/> その他 ()
		氏名	大仏 梨子		
		住所	鎌ヶ谷市□□××番〇号 〇〇ケアセンター		
		電話	047-△△△-〇〇〇		

※ ①の連絡先に最初に連絡し、連絡が取れない場合に、②に連絡をします。

※ 連絡先の方に対しては、事前に連絡先として記入し、緊急時に市等が連絡する旨の了解を得ておいてください。

○施設利用や病院通院等、定期的に自宅を不在とする日について

あり なし

定期的な不在日がある場合 (曜日、時間、内容等)	毎週月・木曜日 午前10時から午後4時 ティサービス 毎月第3金曜日 午前9時から午前11時頃 通院
-----------------------------	---------------------------------------------------------------------

○担当ケアマネジャー・相談支援専門員・ケースワーカーについて

事業所名	〇〇ケアセンター		
担当者名	ケアマネジャー 大仏 梨子		
電話番号	047-△△△-〇〇〇		

○申込み代行者について (本人の申込みの場合には、記入不要です。)

申込 代 行 者	申込み代行者が、上記の連絡先のいずれかと同じ場合、右欄にチェックしてください。 (その場合、下欄には氏名の記入 (押印) のみでかまいません。)			<input type="checkbox"/> 連絡先①と同じ。 <input checked="" type="checkbox"/> 連絡先②と同じ。
	フリガナ	ダイツ リコ		
	氏名	大仏 梨子		
	住所			
	事業所名		電話	
	利用者との関係			

○書類の送付先について

書類送付先 (各種通知書、現況確認書類等)	<input checked="" type="checkbox"/> 本人の自宅 <input type="checkbox"/> 連絡先① <input type="checkbox"/> 連絡先② <input type="checkbox"/> 申込代行者		
	その他		

※ ふれあい収集事業の対象となった後、概ね3年ごとに、利用者が要件に該当しているか、現況の確認を行います。