

様式第 1 号（第 3 条関係）

島本町ふれあいサポート収集利用申請書

年 月 日

島本町長 様

〒

申請者 住所
氏名
電話

（世帯主との関係； ）

島本町ふれあいサポート収集事業実施要綱第 3 条の規定により、次のとおり申請します。

世帯主	住所	島本町				
	ふりがな 氏名		電話	固定	-	-
				携帯	-	-
	生年月日	年 月 日生	メール アドレス		@	
現在の状況 その他特記事項		☐ 要介護度（ ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5） ☐ 身体障害者手帳（ ☐ 1 級 ☐ 2 級） ☐ 精神障害者保健福祉手帳（1 級） ☐ 療育手帳（A） ☐ その他特に認める者（ ☐ 児童、 ☐ その他（ ））				
同居する世帯員（ ☐ 無（独居）・ ☐ 有（ 人））※有の場合、下記同居世帯員を記載						

世帯員 1	ふりがな 氏名		電話	携帯	-	-
	生年月日	年 月 日生	世帯主との 関係			
現在の状況、 その他特記事項		☐ 要介護度（ ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5） ☐ 身体障害者手帳（ ☐ 1 級 ☐ 2 級） ☐ 精神障害者保健福祉手帳（1 級） ☐ 療育手帳（A） ☐ その他、特に認める者（ ☐ 児童、 ☐ その他（ ））				
世帯員 2	ふりがな 氏名		電話	携帯	-	-
	生年月日	年 月 日生	世帯主との 関係			
現在の状況、 その他特記事項		☐ 要介護度（ ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5） ☐ 身体障害者手帳（ ☐ 1 級 ☐ 2 級） ☐ 療育手帳（A） ☐ 精神障害者保健福祉手帳（1 級） ☐ その他、特に認める者（ ☐ 児童、 ☐ その他（ ））				

裏面もご記入ください。

(裏面)

	利用者	サービス内容	事業所名	事業所電話番号
利用中の介護・福祉サービス				
ケアマネジャー・障害者相談支援専門員	利用者	ケアマネジャー等氏名	事業所名	事業所電話番号

※現在のごみの排出方法を記入してください。

☐ 本人・☐ 同居家族（具体的に： _____ ）

☐ 同居でない親族・☐ 近所の人・☐ 知人・☐ ヘルパー

☐ その他（具体的に： _____ ）

※ごみの搬出が困難な理由を記入してください。

収集時の安否確認（希望しない場合は、チェックを付けてください。）

☐ 希望しない

※「収集時の安否確認を希望した場合」は、ごみの収集時に町職員が利用者宅のチャイムを押して安否確認を行い、応答がない場合は緊急連絡先等に連絡します。

※「安否確認を希望しない場合」も、事前に連絡なくごみの排出がない場合や、その他収集時に異常を認めた場合は、緊急連絡先等に連絡することがあります。

緊急連絡先 （世帯以外の方の連絡先を記入してください。）	氏名	_____（世帯主との関係 _____）
	住所	_____
	電話番号	_____
	メールアドレス	_____ @ _____

<確認・同意欄>

次の事項について確認・同意しました。

- ふれあいサポート収集を利用するに当たり、対象要件の確認及びふれあいサポート収集の実施に必要な範囲で、町が保有する全ての世帯員に関する情報を上記申請内容の確認のために閲覧し、使用すること。
- 対象要件の確認、ふれあいサポート収集の実施及び安否確認に必要な範囲で、介護・福祉サービス事業所、ケアマネジャー等、緊急連絡先その他関係機関に町から連絡すること。

年 月 日

（世帯主）※又は法定代理人等

住所 島本町 _____

氏名 _____

(添付書類)

☐要介護度、障害等級の分かるもののコピー（介護保険証、障害者手帳）
☐介護・福祉サービスの利用状況が分かるもののコピー（ケアプラン等）
☐その他（ ）