様式第１号（第４条関係）

高齢者等のごみ出し支援事業登録申請書

　　年　　月　　日

（宛先）

　岩国市長　様

　岩国市高齢者等のごみ出し支援事業を利用したいので、申請書記載の個人情報を市の関係部署及び関係機関で使用することに同意し、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用する人（申請者） | ふりがな氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 年　月　日 |
| 住所 | 岩国市 | 電話番号 | 自宅 | － |
| 携帯 | -　　　- |
| 代理人 | ふりがな氏名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 住所 |  | 電話番号 | － |

■申請者について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当区分 | 介護保険要介護認定者 | 要介護認定　 □要介護３ □要介護４ □要介護５ |
| 障害者 | □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□障害者総合支援法の対象となる難病　　 |
|  | □　単身世帯　　□　同居人あり |
| 世帯状況 | 同居人の状況 | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 要介護認定・障害の状況 |
|  |  　　・　・ |  |  |
|  |  　　・　・ |  |  |
| ごみ出しが困難な状況 | ごみ集積場所までごみの持ち出しが困難な理由等* 親族や近所でのごみ出しができないため
* ホームヘルパーでのごみ出しができないため
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 備考 |  |

裏面も記入してください。

■緊急連絡先等について

|  |  |
| --- | --- |
| 介護支援事業者 | 事業所名介護支援専門員名（ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ） |
| ホームヘルパー利用の有無 | □有　・事業所名　　　・利用時間　　　　曜日　　　　時　～　　　時□無 |
| 緊急連絡先１ | 住所氏名　　　　　　　　　申請者との関係（　　　　　　）電話（固定）　　　　　　　（携帯） |
| 緊急連絡先２ | 住所氏名　　　　　　　　　申請者との関係（　　　　　　）電話（固定）　　　　　　　（携帯） |

■専用ごみ箱について　　　　　　□自分で用意　　　　□貸出し希望

【処理欄】※記入不要

福　祉　部（　　　　　　　　課　　　　　　班）　（担当者名　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査日 | 　　　年　　月　　日（　） | 認定結果 | 可・否 | 認定番号 | № |
| 特記事項 |
| 受付日 | ／ | 認定日 | ／ | 備考 |  |

環　境　部（　　　　　　　　課　　　　　　班）　（担当者名　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査日 | 　　　年　　月　　日（　） | 調査結果 | 可・否 | 決定番号 | № |
| 特記事項 |
| 受付日 | ／ | 通知日 | ／ | 備考 |  |