

第1号様式（表面⇒裏面あり）

柏市ごみ出し困難者支援収集利用申込書

柏市長 あて

年 月 日

利用者	住所	〒 277-8505 柏市柏五丁目10番1号					
	ふりがな	かしわ たろう	性別	生年 月日	T S H 20年 8月27日		
	氏名	柏 太郎	男 女				
	電話 番号	自宅	〇〇-××××-□□□□	携帯	△△△-●●●●-××××		
	要介護認定 障害の程度等	☒ 要介護 (3 ・ 4 ・ 5) ☒ 障害の程度 (☐ 視覚障害__級 ・ ☐ 肢体不自由__1級) ☐ その他 (☐ 療育手帳__ ・ ☐ 精神障害者保健福祉手帳__級) ☐ 基準外 (要意見書)					
申請者	住所	〒 277-8503 柏市大島田48番地1					
	ふりがな	しょうなん はなこ	連絡先 (電話)	〇〇-××××-□□□□			
	氏名	沼南 花子					
利用者との 関係	本人 ・ 介護関係者 (事業所名: 〇〇××介護サービス) 親族 () ・ 近隣者 () ・ その他 ()						
同居者	同居者 ①	ふりがな 氏名	かしわ じろう 柏 次郎	続柄	子	生年 月日	昭和50年3月3日
	現況	要介護区分 () ・ 身体障害者__級 ・ 肢体__級 ・ 基準外 (要意見書)					
	同居者 ②	ふりがな 氏名					
	現況	要介護区分 () ・ 身体					
緊急連絡先	緊急 連絡先 ①	氏名	沼南 花子	続柄	ケアマネ	住所	〒 277-8505 柏市大島田48-1
	電話①	〇〇-××××-□□□□		電話②	△△△-●●●●-××××		
	緊急 連絡先 ②	氏名			住所	〒	
	電話①	-					
現地確認の連絡 及び 書類の送付先	・ 利用者宛 申請者宛 ・ その他 ()					収受印	

利用される方ご本人の住所等を記入。
要介護度等については当てはまるものすべて記入
(左の記入例参照)

申請者が本人でない場合のみ記入

同居者がいる場合、氏名や介護等の状態を記入
同居者が基準外の場合も意見書が必要です。

緊急時の連絡先を記入(親族や介護サービス事業所等)

後日、市から送付される文書の送付先を選択

裏面にも記入事項があります

※ 利用者全員分の介護保険被保険者証若しくは障害者手帳等の写しを添付してください。

※ 後日、収集業務を行う市部クリ話をさせていただきます。

※ 緊急連絡先にはケアマネージャーを記入してください。

※ 利用希望者のうち、利用希望者でない方も基

第1号様式（裏面）

現 況 確 認	これまでどのようにごみ出ししていたか記載してください。 ☐ ①家族や親戚、若しくは近所の人に出してもらっている ☐ ②ホームヘルパーに出してもらっている ☐ ③その他（ ）
	ホームヘルパーなど、介護福祉サービスの利用状況（曜日・時間・内容等）を記載してください。 利用していないときは「利用無し」と記入してください。 （利用状況： ）

下記の事項について、申請前に御確認ください。

NO	確認事項	確認欄
1	市の定める要介護基準，若しくは障害基準を満たしている。	○
2	本人自ら又は他者の支援により， <u>ごみ出しカレンダーに従ってごみを分別し</u> ，市の指定する曜日に，戸外に排出することが出来る。	○
※	戸建て住宅に居住しており，玄関先などの自宅敷地内にごみの保管容器を置くスペースがある。	○
3	アパート・マンションなどの集合住宅に居住しており，玄関先にごみの保管容器を置く	
4	確認事項を改めて確認し，問題なければ確認欄に○を (3はどちらか1つだけ○)	○
5	上記確認事項について確認し，市庁舎の意思，状況に拘連する。	○

※ どちらかに○をつけてください

【処理欄】※記入不要

廃棄物政策課 書類確認		可 (		否)		確認日 月 日	
利用者	高齢者支援課 要介護認定 現況確認	確認日 一致・不一致 月 日		障害福祉課 障害等級 現況確認	確認日 一致・不一致 月 日		
同居者1	高齢者支援課 要介護認定 現況確認	確認日 一致・不一致 月 日		障害福祉課 障害等級 現況確認	確認日 一致・不一致 月 日		
同居者2	高齢者支援課 要介護認定 現況確認	確認日 一致・不一致 月 日		障害福祉課 障害等級 現況確認	確認日 一致・不一致 月 日		
南部CC 現地確認		可 ・ 否 確認日 月 日		収集曜日	曜日		
特記事項							