

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	〒 -							
	ふりがな				性別	生年	T S H 年 月 日		
	氏名				男・女	月日			
	電話 番号	自宅	- -		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____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	〒 -							
	ふりがな 氏名				連絡先 （電話）	- -			
	利用者との 関係	本人 ・ 介護関係者（事業所名： ） 親族（ ） ・ 近隣者（ ） ・ その他（ ）							
同 居 者	同居者 ①	ふりがな 氏名				続柄		生年 月日	年 月 日
		現況	要介護区分（ ） ・ 身体障害者（ 視覚 ・ 肢体 ____級） ・ 基準外（要意見書）						
	同居者 ②	ふりがな 氏名				続柄		生年 月日	年 月 日
		現況	要介護区分（ ） ・ 身体障害者（ 視覚 ・ 肢体 ____級） ・ 基準外（要意見書）						
緊 急 連 絡 先	緊急 連絡先 ①	氏名				続柄		住 所	〒
		電話①	- -		電話②	- -			
	緊急 連絡先 ②	氏名				続柄		住 所	〒
		電話①	- -		電話②	- -			
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（ ） ※希望する宛先に○を							収 受 印
※ 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、収集業務を行う南部クリーンセンターから現地確認の日程調整のお電話をさせていただきます。									
※ 緊急連絡先①にはケアマネージャーや市内在住の方を登録するようご協力ください									
※ 利用希望者のうち、一人でも基準を満たしていない場合、意見書の提出が必要です									

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ことについて，管理者から了解を得ている。	
4	申請に係る必要書類を全て揃えている。 申込書，同意書， 介護保険被保険者証等の写し ，意見書（認定基準外の方）	
5	上記確認事項について確認し，利用者の意思，状況に相違ない。	

※ 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	一致・不一致	確認日 月 日	障害福祉課 障害等級 現況確認	一致・不一致 確認日 月 日
同居者1	高齢者支援課 要介護認定 現況確認	一致・不一致	確認日 月 日	障害福祉課 障害等級 現況確認	一致・不一致 確認日 月 日
同居者2	高齢者支援課 要介護認定 現況確認	一致・不一致	確認日 月 日	障害福祉課 障害等級 現況確認	一致・不一致 確認日 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					