

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<br>申<br>込<br>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<br>アパート・マンション名 ( )<br>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、<br>障がいの程度<br>等 | 要介護 ( 1 ) ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )<br>障がいの程度等 (障害者手帳3級(視覚障害) )<br>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<br>の状況     | フリガナ  | 続柄   | 生年月日    | 要介護認定・<br>障がいの程度等 |              |  |
|                       | 氏名  |  |         |                   |              |  |
|                       | カマガヤ タロウ<br>鎌ヶ谷 太郎  | 長男   | S44.5.1 | 身体障害者手帳<br>1級     |              |  |

※ 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<br>は、その状況<br>(居住地が近<br>い順に記載) | フリガナ   | カマガヤ ジロウ | 続柄 | 次男 | 住所 | 千葉県柏市<br>〇〇×丁目〇番〇号 |
|                                     | 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<br>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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| ごみステーションまで出<br>すことができない理由を<br>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<br>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。<br>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、<br>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<br>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<br>連絡<br>先 | ① | フリガナ | <b>カマガヤ シロウ</b>                 |  | 本人との関係<br><input checked="" type="checkbox"/> 家族・親族 ( <b>次男</b> )<br><input type="checkbox"/> 介護等に関わる者<br>( )<br><input type="checkbox"/> 近隣在住者<br><input type="checkbox"/> その他<br>( )      |
|               |   | 氏名   | <b>鎌ヶ谷 次郎</b>                   |  |   |
|               |   | 住所   | <b>千葉県柏市〇〇×丁目</b>               |  |   |
|               |   | 電話   | <b>080-××××-△△△△</b>            |  |   |
|               | ② | フリガナ | <b>ダイアツ リコ</b>                  |  | 本人との関係<br><input type="checkbox"/> 家族・親族 ( )<br><input checked="" type="checkbox"/> 介護等に関わる者<br>( <b>ケアマネジャー</b> )<br><input type="checkbox"/> 近隣在住者<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
|               |   | 氏名   | <b>大仏 梨子</b>                    |  |   |
|               |   | 住所   | <b>鎌ヶ谷市□□××番〇号<br/>〇〇ケアセンター</b> |  |   |
|               |   | 電話   | <b>047-△△△-〇〇〇</b>              |  |   |

※ 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<br>(曜日、時間、内容等) | <b>毎週月・木曜日 午前10時から午後4時 ティサービス</b><br><b>毎月第3金曜日 午前9時から午前11時頃 通院</b> |
|-----------------------------|---|

○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 | <b>〇〇ケアセンター</b>      |  |  |
| 担当者名 | <b>ケアマネジャー 大仏 梨子</b> |  |  |
| 電話番号 | <b>047-△△△-〇〇〇</b>   |  |  |

○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<br>代<br>行<br>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。<br>(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。<br><input checked="" type="checkbox"/> 連絡先②と同じ。 |
|                   | フリガナ  | <b>ダイアツ リコ</b> |    |   |
|                   | 氏名  | <b>大仏 梨子</b>   |    |   |
|                   | 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。