

令和 年 月 日

銚田市長 様

申請者 住 所
 (代理申請者) 氏 名
 電話番号

銚田市高齢者等ごみ出し支援事業利用申請書

高齢者等ごみ出し支援事業を利用したいので、銚田市高齢者等ごみ出し支援事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

利用者	住 所		申請者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ()
	氏 名		生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
	現 況	<input type="checkbox"/> 要支援認定() <input type="checkbox"/> 要介護認定() <input type="checkbox"/> 障害等級() <input type="checkbox"/> その他()	世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居人あり (人) ※利用者を除く
	電話番号	固定電話 - -	携帯電話	- -
同居人	氏 名		生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
	現 況	<input type="checkbox"/> 要支援認定() <input type="checkbox"/> 要介護認定() <input type="checkbox"/> 障害等級() <input type="checkbox"/> その他()	利用者との関係	
	氏 名		生年月日	年 月 日 (年齢 歳)
	現 況	<input type="checkbox"/> 要支援認定() <input type="checkbox"/> 要介護認定() <input type="checkbox"/> 障害等級() <input type="checkbox"/> その他()	利用者との関係	
収集時の声掛けの希望		<input type="checkbox"/> 希望 ・ <input type="checkbox"/> 不要		

同意書

私は、銚田市高齢者等ごみ出し支援事業の利用申請にあたり、市が保有する私の住民登録情報等の調査や身体的状態等の確認を行い、地域包括支援センター、介護サービス事業所、民生委員等の関係者及び関係機関に対して、情報提供や必要な資料等の提供を求めることに同意します。

また、銚田市高齢者等ごみ出し支援事業の実施にあたり、住居や家財等を破損させた場合において、重大な過失がある場合を除き、市は責任を負わないことに同意します。

※ 同居者がいる場合においても、本書により同居者の同意も得たものとします。

利用者署名 _____

関係者意見書欄

意見書				
意見者	住所			
	役職		氏名	
	電話番号			

※ 役職欄は「ケアマネジャー」や「民生委員」など関係が分かるものを記載

緊急連絡先

住所				
氏名		申請者との関係		
電話番号	固定電話	-	携帯電話	-

添付書類 介護保険被保険者証 又は 身体障害者手帳の写し