

(表面)

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

綾部市長 様

綾部市高齢者等ごみ出し支援戸別収集事業利用申請書

綾部市高齢者等ごみ出し支援戸別収集事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	認定状況 及び 利用中の サービス	高齢者	<input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者 ----- <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 第1号訪問事業	
		障害者	障害支援区分 <input type="checkbox"/> あり(1・2・3・4・5・6) <input type="checkbox"/> なし ----- <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護	
事業所	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 指定計画相談支援 (事業所名)			
同居人	氏 名		生年月日	年 月 日
	認定状況 及び 利用中の サービス	高齢者	<input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業の対象者 ----- <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 第1号訪問事業	
		障害者	障害支援区分 <input type="checkbox"/> あり(1・2・3・4・5・6) <input type="checkbox"/> なし ----- <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護	
	事業所	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 指定計画相談支援 (事業所名)		

(裏面)

緊急 連絡先	(1) 住所 _____ 氏名 _____ 申請者との続柄 _____ 電話番号 _____
	(2) 住所 _____ 氏名 _____ 申請者との続柄 _____ 電話番号 _____

【同意事項】

私は、綾部市高齢者等ごみ出し支援戸別収集事業の利用を申請するに当たり、市が、綾部市高齢者等ごみ出し支援戸別収集事業の実施に必要な情報を取得・利用し、必要に応じて関係事業者提供・共有することに同意します。

申請者氏名

印

【添付書類】

- ・申請者の利用調書（綾部市高齢者等ごみ出し支援戸別収集事業利用調書（様式第2号））
 - ・同居人の利用調書（綾部市高齢者等ごみ出し支援戸別収集事業利用調書（様式第2号））
 - ・収集場所位置図（玄関、裏口など詳細が分かるようにしてください。）
- ※ 綾部市高齢者等ごみ出し支援戸別収集事業利用調書（様式第2号）は、それぞれ担当の福祉事業者にて作成を依頼してください。