様式第１号（第４条関係）　　　　　　　　　（表面）

高梁市ごみ出しサポート事業利用申請書

高梁市長　様

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（代理申請人）※利用希望者本人の場合は記載不要 | フリガナ |  | 住　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  |
| 申請者との関係 | □親族等（　　　　　　　　　　　　　　　　）　□地域包括支援センター□在宅介護支援センター　□介護支援専門員　□相談支援専門員　□訪問介護員□民生委員　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 | ①（　　　　）　　　　－　　　　　　　②（　　　　）　　　　－ |
| 申請者（本人申請）※利用希望者の状況 | フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | T・S・H | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 | 固定（　　　　）－　　　－　　　　 | 携帯（　　　）－　　　　－　　　　 |
| 介護認定区分 | □該当なし　□要支援・□要介護　（　1　・　2　・　3　・　4　・　5　） |
| 障害等級 | □該当なし　□身体障害（視覚障害　1級　・　2級　）　□身体障害（肢体不自由　1級　・　2級　） |
| 利用中の介護・福祉サービス（※週に1回以上受けているもの） | □介護サービス　　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□障害福祉サービス（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他　　　　　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 意見書添付 | □介護支援専門員（地域包括支援センター）・相談支援専門員（福祉課障害担当者）　の意見書添付 |
| 現在、世帯のごみ出しを行っている方は誰ですか（該当するもの全てに☑） |
| □本人　□同居者　□別居の家族　□近隣の親族　□近隣住民□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 家族・近隣住民等からの支援が受けられない理由は何ですか（該当するもの全てに☑） |
| □子どもや親族が遠方に住んでおり、頼れる身内が近くにいない□近隣住民も高齢者が多く、支援を依頼できる人がいない□近隣住民との交流がなく、支援を依頼できる人がいない□地域コミュニティから孤立している□昼間も夜間も近隣住民が仕事などで不在□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 同居者の状況 | □　同居者有り（　　人）　・□　同居者無し※「有り」の場合は、下記の同居者の状況、同居者の氏名等を記入してください。 |
| □下記同居者の全員がごみ出し困難である。 |
| 同居者① | フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | T・S・H | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 介護認定区分 | □該当なし　□要支援・□要介護　（　1　・　2　・　3　・　4　・　5　） |
| 障害等級 | □該当なし　□身体障害（視覚障害　1級　・　2級　）　□身体障害（肢体不自由　1級　・　2級　） |
| 同居者② | フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | T・S・H | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 介護認定区分 | □該当なし　□要支援・□要介護　（　1　・　2　・　3　・　4　・　5　） |
| 障害等級 | □該当なし　□身体障害（視覚障害　1級　・　2級　）　□身体障害（肢体不自由　1級　・　2級　） |

（裏面）

○親族・近隣住民等に関する事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 親族・近隣との関係 | 町内会への加入 | □加入している　　　□加入していない |
| 家族の状況 | □市内に居住　□市外に居住　□その他（　　　　　） |
| （家族・近隣住人との関係や、近くに住む親族の情報などを具体的にお書きください） |
| 特記事項（伝えておきたいこと） |  |

〇家庭ごみの収集に関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| 開始希望日 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　日ころ |
| 安否確認の希望 | □希望する　□希望しない |
| 住居形態 | □戸建て |
| □集合住宅（　　　階） | エレベーター | □有り　　　　　□なし |
| オートロック | □有り　　　　　□なし |
| 管理者※賃貸の場合 | □個人　　氏　名：　　　　　　　　　連絡先： |
| □企業　　会社名：　　　　　　　　　連絡先： |
| 管理者の承諾 | □承諾あり（※承諾書の添付が必要）　□承諾なし |

〇緊急時等の連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先１ | フリガナ |  | 利用者との関係 | □親族等（　　　　　　　　　　　　　　）□介護支援専門員　□相談支援専門員□民生委員　□その他（　　　　　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 | ①（　　　）　　　－ | ②（　　　）　　　－ |
| 連絡先２ | フリガナ |  | 利用者との関係 | □親族等（　　　　　　　　　　　　　　）□介護支援専門員　□相談支援専門員□民生委員　□その他（　　　　　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 | ①（　　　）　　　－ | ②（　　　）　　　－ |
| 連絡先３ | フリガナ |  | 利用者との関係 | □親族等（　　　　　　　　　　　　　　）□介護支援専門員　□相談支援専門員□民生委員　□その他（　　　　　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 | ①（　　　）　　　－ | ②（　　　）　　　－ |

※市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　　　付 | 審　査　結　果 | 支　援　方　法 |
| □戸別収集世帯に該当□戸別収集世帯に非該当（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （特記事項） |