別記様式第１号（第３条関係）

周南市高齢者等のごみ出し支援実証事業利用申請書

　　年　　月　　日

（宛先）周南市長

　　　　　　　　　（申請者）住所

　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　電話番号・ﾌｧｯｸｽ

　　　　　　　　　（提出者）氏名 　 連絡先

　　　　　　　　　　　　　　申請者との関係：

周南市高齢者等のごみ出し支援実証事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 状況 | □要介護 １・２・３・４・５　□要支援 １・２□身体障害 １級・２級　□療育Ａ　□精神障害１級　□難病（※１）　□その他（　　　　　　　） |
| 同居者 | 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 状況 | □要介護 １・２・３・４・５　□要支援 １・２□身体障害 １級・２級　□療育Ａ　□精神障害１級　□難病（※１）　□その他（　　　　　　　） |
| 同居者 | 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 状況 | □要介護 １・２・３・４・５　□要支援 １・２□身体障害 １級・２級　□療育Ａ　□精神障害１級　□難病（※１）　□その他（　　　　　　　） |
| 緊急連絡先１（※２） | 住 所 |  |
| 氏 名 | 　　　　　　　　 申請者との関係（　　 　　　　） |
| 連絡先① | （　　　）　　－　　　（自宅・携帯・勤務先・ﾌｧｯｸｽ） |
| 連絡先② | （　　　）　　－　　　（自宅・携帯・勤務先・ﾌｧｯｸｽ） |
| 緊急連絡先（※２） | 住 所 |  |
| 氏 名 | 申請者との関係（　　 　） |
| 連絡先① | （　　　）　　－　　　（自宅・携帯・勤務先・ﾌｧｯｸｽ） |
| 連絡先② | （　　　）　　－　　　（自宅・携帯・勤務先・ﾌｧｯｸｽ） |

（※１）対象疾病に羅患していることが確認できる書類（例：特定疾患医療受給者証等）

　　　　の写しを添付してください。

（※２）安否確認を行う際の緊急連絡先となります。申請者の状況に詳しく、平日の昼間

　　　　に対応できる方を優先して、記入してください（ケアマネジャー等も可能です）。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面に続く）

（裏面）

|  |
| --- |
| 現在のごみの排出方法本人・同居者・親族・近隣住民・ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ・その他（　　　　　　　） |
| 現在のごみの排出方法を継続できない理由 |
| 専門員所見欄事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　□地域包括支援センター職員　　□相談支援専門員　氏　　名　（　　　　　　　　）　連絡先（　　　　　　　　　　）1. 本人又は同居者がごみ出しを行うことについての所見

② 世帯の状況や親族、近隣住民等の関与についての所見 |

市処理欄（以下は記入しないでください。）

　申請受付課

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 審査結果 | 合議 | 担当者 | 係長 | 課長補佐 | 主幹 | 課長 |
| 該当 ・ 非該当非該当の理由 |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾘｻｲｸﾙﾌﾟﾗｻﾞ送付日(　　　　　　　　) | 打合せ連絡先（　　　　　　　　）TEL |
| 収集の決定 | 合議 | 担当者 | 収集係長 | 施設係長 | 所長補佐 | 所長 | 課長 |
| 全部・一部・収集しない |  |  |  |  |  |  |  |