

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事業利用申請書

以下の人が提出できます。

- ① 本人・同居者、親族
- ② 地域包括支援センター職員
- ③ 相談支援専門員

令和●年●月●日

住所 周南市大字●●△△番地  
 氏名 周南 太郎  
 電話番号・ファックス 0834-〇〇-XXXX

(提出者) 氏名 ●●●● 連絡先 XX-XXXX  
 申請者との関係：地域包括支援センター職員

周南市高齢者等のごみ出し支援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	周南 太郎	生年月日	昭和15年7月●日
	状況	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護 ①・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 身体障害 1級・2級 <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 精神障害1級 <input type="checkbox"/> 難病(※1) <input type="checkbox"/> その他( )		
同居者	氏名	周南 花子	生年月日	昭和17年10月●日
	状況	<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 身体障害 1級・2級 <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 精神障害1級 <input type="checkbox"/> 難病(※1) <input type="checkbox"/> その他( )		
同居者	氏名		生年月日	
	状況	<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 身体障害 1級・2級 <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 精神障害1級 <input type="checkbox"/> 難病(※1) <input type="checkbox"/> その他( )		
緊急 連絡先 1 (※2)	住所	広島県●●町△△番地		
	氏名	周南 次郎	申請者との関係 ( 子 )	
	連絡先①	(090)〇〇〇〇-XXXX	(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) 対象疾病に罹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)

地域包括支援センター職員または相談支援専門員が、状況の聞き取り等をさせていただきますので、ご協力をお願いいたします。

(裏面)

現在のごみの排出方法

本人・同居者・親族・近隣住民・ホームヘルパー・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
<p>該当・非該当</p> <p>非該当の理由</p> <p>( )</p>						
リサイクル券送付日 ( )	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
<p>全部・一部・収集しない</p> <p>( )</p>						