

四国中央市安心ふれあいごみ収集事業利用申請書

令和 年 月 日

四国中央市長 篠原 実 様

四国中央市安心ふれあいごみ収集事業を利用したいので、四国中央市安心ふれあいごみ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。

（利 用 申 請 す る ） 人	ふりかな 氏 名		性 別		男 ・ 女
			生 年 月 日		年 月 日
住 所	四国中央市	電 話 番 号	(自宅)	—	
			(携帯)	- -	
代 理 人	ふりかな 氏 名	申請者との続柄			
	住 所	電 話 番 号	(自宅)	—	
			(携帯)	- -	

■ 申請者について

該 当 区 分	要 介 護 認 定 者	要介護度 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	障がい者	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	添付写類	<input type="checkbox"/> 介護保険証(写) <input type="checkbox"/> 障害者手帳(写) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
世 帯 状 況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 同居人あり				
	同 居 人 の 状 況	氏 名	生 年 月 日	続 柄	介護認定・ 障がいの状況
			. .		
		. .			
ごみの排出が 困難な理由					
今までのごみ 等の排出方法		<input type="checkbox"/> 親戚や近所の人に出してもらっている。 <input type="checkbox"/> ホームヘルパーに出してもらっている。 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

※ 裏面も記入してください。

■ 緊急連絡先等について

緊急連絡先 (※必ず記入)	住所  氏名 <span style="float: right;">申請者との関係 ( )</span>  電話 (固定) <span style="float: right;">(携帯)</span>
居宅介護支援 事業所 (記入できる範囲)	事業所名  電話番号  介護支援専門員 (ケアマネージャー) 氏名
ホームヘルパー 利用の有無 (記入できる範囲)	<input type="checkbox"/> 有 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所名</li> <li>・ 電話番号</li> <li>・ ホームヘルパー氏名</li> <li>・ 利用時間 <span style="float: right;">曜日</span> 時 ~ 時</li> </ul> <input type="checkbox"/> 無

同意書

- ① 四国中央市安心ふれあいごみ収集事業を行うために必要な限度において、市の関係機関、介護保険事業所等が保有する私の世帯に関する個人情報を聴取すること。
- ② 四国中央市安心ふれあいごみ収集事業を行うために必要な限度において、私の生活状況等について、自治会長、民生委員等に確認すること。
- ③ 一定期間ごみの排出がない場合など、現況を確認する必要がある場合について、関係機関に私の情報を確認し提供すること。

上記①、②及び③について同意します。

収集対象者名