様式第１号（第４条関係）

赤穂市高齢者等ごみ出し支援事業利用申請書

　　 　　年　 　月　 　日

赤穂市長　宛

申請者　住　所 赤穂市

氏　名

生年月日 大・昭・平　 　 　年　　 月　　 日生

電話番号

代筆者および続柄 ( )

赤穂市高齢者等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  の  状 況 | 1. 同居家族が　□いる・□いない　（いる場合は※に世帯員を記入） 2. 同居家族以外にごみ出しを手伝ってくれる人が　□いる・□いない 3. ６５歳以上で介護保険の訪問介護（ホームヘルプ）を利用して□いる・□いない 4. 障がい者で障害福祉サービスの居宅介護を利用して　□いる・□いない   ⑤ その他  □介護保険被保険者証（要介護　２・３・４・５）  □身体障害者手帳 　 □療育手帳 　□精神障害者保健福祉手帳  被保険者番号・手帳番号 |
| ※  同居者がいる場　合 | 氏名　　　　　　　 　　　大･昭･平　　年 　 月　 日生　申請者との続柄  □介護保険被保険者証（要介護２・３・４・５） □身体障害者手帳　 □療育手帳  □精神障害者保健福祉手帳　 被保険険者番号・手帳番号 |
| 氏名　　　　　　 　　　　大･昭･平　　年　 月　 日生　申請者との続柄  □介護保険被保険者証（要介護２・３・４・５） □身体障害者手帳　 □療育手帳  □精神障害者保健福祉手帳　 被保険険者番号・手帳番号 |
| 連絡先  親族等 | 住 所  申請者との関係 　電話（自宅）　　　　　　（携帯） |

赤穂市高齢者等ごみ出し支援事業実施要綱第３条第１項の対象者である証明として、介護保険被　　　保険者証又は障がい者手帳等の写し及び訪問介護（ホームヘルプ）又は居宅介護を受けている証に

なるもの（サービス提供票、受給者証等）を添付してください。

**同　意　書**

**赤穂市高齢者等ごみ出し支援事業を利用するにあたり、申請内容の審査・決定・収集実施・再調査に　 おいて本申請書及び添付書類の内容について調査することに同意します。**

**申請者氏名**

（裏）

◎　下欄内は現在のごみ出しの状況について、担当ケアマネジャー、担当相談支援専門員において

記入してくださるようお願いします。訪問介護(ホームヘルプ）、居宅介護を利用していないその他の方

については、地区の民生委員児童委員において記入又は市の担当職員が聞き取りにより記入しますので

ご協力お願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① 自分でごみをごみステーションまで持って行くことを　□している…②へ・□していない…③へ | | |
| ②している場合→　今後もごみ出しが　□できる  □できない（理由：　　　　　　　　　　　　　　）  ③していない場合→　実際ごみ出しをしている方はどなたですか  □介護保険・障害福祉サービスのホームヘルパー　□前記以外のホームヘルパー  □近所の方　□同居の親族　□別居の親族　□その他（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ④ その他特記事項 | | |
| 状　況  確認者 | □担当ケアマネジャー　　事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □担当相談支援専門員　　住　　所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □民生委員児童委員　地区名（　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 担当者氏名 | 電話 |

◎　安否確認を希望しますか。　□希望する（方法：　　　　　　　　　　　　　　　）□希望しない

* ごみの排出場所（玄関先）の見取り図を記入してください。

|  |
| --- |
| 玄関先見取り図〈集合住宅の場合は所有者又は管理者等の承認を得た場所に限ります。〉 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 赤穂市  記入欄 | 該当要件 | □高齢者　□障がい者　□その他（　　　　　　　　　） | | 受　付 |
| 審査結果 | □支援する  □支援しない（理由：　　　　　　　　　　　　　　　） | |  |
| 調査担当者 |  |  |