

# 市川市高齢者等世帯ごみ出し支援申請書

受付No.

年 月 日

市 川 市 長

## 1. 申請者(利用者)

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |   |   |      |             |     |       |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|---|------|-------------|-----|-------|
| ふりがな                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |   |   |      | 電話番号        |     |       |
| 氏名                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |   |   |      | FAX番号       |     |       |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |   |   |      | メール<br>アドレス |     |       |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |   |   |      |             |     |       |
| 住 所                 | 市川市                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   |      |             |     |       |
| 生年月日                | 西暦                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 年    | 月 | 日 | 年 齢  | 歳           | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 要介護認定・<br>障がいの程度等   | ・介護認定等 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5<br>・障害者手帳など所持しているもの<br>身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 ( <input type="checkbox"/> 3級 視覚及び肢体不自由障害者に限る)<br>療育手帳 <input type="checkbox"/> 最重度(㉠、㉠の1、㉠の2) <input type="checkbox"/> 重度(㉠の1、㉠の2)<br>精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級<br>・その他( ) |      |   |   |      |             |     |       |
| 介護保険以外のサービスの利用の有無   | <input type="checkbox"/> 高齢者見守り支援事業 <input type="checkbox"/> 配食サービス<br><input type="checkbox"/> ひとり暮らし登録<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |   |   |      |             |     |       |
| かかりつけ<br>病院         | 病院名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |   |   | 電話番号 |             |     |       |
|                     | 病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |   |   | 診療科  |             |     |       |
| 居宅介護支援事業所名          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 担当者名 |   |   |      | 連絡先         |     |       |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |   |   |      |             |     |       |
| サービス利用状況(曜日、時間、内容等) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |   |   |      |             |     |       |
|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |   |   |      |             |     |       |

※介護サービス、または障害福祉サービスを利用している場合にご記入ください。

## 2. 同居者の状況

| ふりがな<br>氏 名 | 生年月日<br>(西暦) | 年齢 | 続柄 | 特記事項<br>(介護認定区分等) |
|-------------|--------------|----|----|-------------------|
|             | 年 月 日        |    |    |                   |
|             | 年 月 日        |    |    |                   |
|             | 年 月 日        |    |    |                   |
|             | 年 月 日        |    |    |                   |

※同居者の方の中で、介護保険以外のサービスの利用を受けている場合や、かかりつけの病院がある場合は、特記事項の欄に記入してください。

※裏面もごさいます。

## 市川市高齢者等世帯ごみ出し支援申請書

### 3. 緊急時の連絡先

(記入に際しては、緊急連絡先になられる方に事前に了承を得てください)

#### 緊急連絡先①

|       |  |         |         |                                                                                                                                                       |
|-------|--|---------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな  |  |         | 対象者との関係 | <input type="checkbox"/> 親族<br>( )<br><input type="checkbox"/> ケアマネジャー<br><input type="checkbox"/> 地域の方<br>( )<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
| 氏 名   |  |         |         |                                                                                                                                                       |
| 住 所   |  |         |         |                                                                                                                                                       |
| 電話番号  |  | メールアドレス |         |                                                                                                                                                       |
| FAX番号 |  |         |         |                                                                                                                                                       |

#### 緊急連絡先②

|       |  |         |         |                                                                                                                                                       |
|-------|--|---------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ふりがな  |  |         | 対象者との関係 | <input type="checkbox"/> 親族<br>( )<br><input type="checkbox"/> ケアマネジャー<br><input type="checkbox"/> 地域の方<br>( )<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
| 氏 名   |  |         |         |                                                                                                                                                       |
| 住 所   |  |         |         |                                                                                                                                                       |
| 電話番号  |  | メールアドレス |         |                                                                                                                                                       |
| FAX番号 |  |         |         |                                                                                                                                                       |

※連絡先はご自宅以外で日中連絡が必ず取れる連絡先をご記入ください。

※できるだけ2名の緊急連絡先を記入してください。

### 4. ごみ等の収集に関する事項

|                                 |                                                                                                    |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ごみをごみ集積所まで出すことができない理由<br>( )    |                                                                                                    |
| 今までごみをごみ集積所までどのように出していたか<br>( ) |                                                                                                    |
| 排出場所                            | <input type="checkbox"/> 門の前 <input type="checkbox"/> 玄関の前 <input type="checkbox"/> 手渡し<br>その他 ( ) |
| 排出場所にごみ等を24時間出し続けることが可能か        | <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能                                           |

#### 申請書を記入するうえでの注意事項

※□の該当するものに☑を付けてください。

※3ページまでご記入ください。

## 市川市高齢者等世帯ごみ出し支援申請書

ごみ排出場所の地図

※注意点

- ・家と道路の位置及び排出場所がわかるように明記してください
- ・自筆もしくは地図を貼り付けてください