

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・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 ・障害者手帳など所持しているもの 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) 療育手帳 <input type="checkbox"/> 最重度(Ⓐ、Ⓐの1、Ⓐの2) <input type="checkbox"/> 重度(Aの1、Aの2) 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級 ・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 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし登録 <input type="checkbox"/> その他()									
かかりつけ 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	生年月日	年齢	続柄	特記事項 (介護認定区分等)
氏名				
	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 () <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 地域の方 () <input type="checkbox"/> その他 ()
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 () <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 地域の方 () <input type="checkbox"/> その他 ()
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 ()		
今までごみをごみ集積所までどのように出していたか ()		
排出場所	<input type="checkbox"/> 門の前 <input type="checkbox"/> 玄関の前 <input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> その他 ()	
共同住宅でやむを得ず 玄関前に排出する場合	<input type="checkbox"/> 管理会社、管理人(オーナー)へ了承済み	

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。
※支援開始日が決まりましたら職員にてごみ排出場所の確認をし、通知書の投函をします。