

市川市高齢者等世帯ごみ出し支援申請書

受付No.

2025年4月1日

市川市長

1. 申請者(利用者)

ふりがな	いちかわ いちろう			電話番号	047-000-0000			
氏名	市川 一郎			FAX番号	047-000-0000			
				メールアドレス	000@00.jp			
住所	市川市 市川〇-〇-〇			マンション・建物名まで記入してください				
生年月日	西暦	1955年	4月	1日	年齢	65歳	性別	<input checked="" type="radio"/> 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 checked="" 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(A)、(A)の1、(A)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()						<input type="checkbox"/> の該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください <input type="checkbox"/> に該当しない場合は その他に記入してください	
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"/> ひとり暮らし登録 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 配食サービス		※連絡先は日中連絡が取りやすい連絡先の記入をお願いします。携帯可。		
かかりつけ病院	病院名	行徳病院		電話番号	047-712-0000			
	病名	胃腸炎		診療科	内科			
居宅介護支援事業所名		担当者名		連絡先				
市川訪問サービス		市川 二郎		047-334-0000				
サービス利用状況(曜日、時間、内容等)								
毎週月曜日・午前中・訪問介護(ホームヘルプ)、通所介護(デイサービス)							介護区分や障がい等級を記入してください	

※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 氏名	生年月日 (西暦)	年齢	続柄	特記事項 (介護認定区分等)
いちかわ はなこ 市川 花子	1950年1月1日	70	妻	身体障害者手帳1級
いちかわ じろう 市川 二郎	2000年1月1日	20	子	療育手帳(A)
	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了承を得てください)

緊急連絡先①

ふりがな	まつど さぶろう		対象者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 親族 (甥) <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	松戸 三郎			
住所	松戸市松戸〇-〇-〇			
電話番号	047-〇〇〇-〇〇〇〇	メールアドレス	〇〇〇@〇〇.jp	
FAX番号	047-〇〇〇-〇〇〇〇			

緊急連絡先②

ふりがな	ふなばし しろう		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 checked="" type="checkbox"/> その他 (友人)
氏名	船橋 四郎			
住所	船橋市本町〇-〇-〇			
電話番号	047-〇〇〇-〇〇〇〇	メールアドレス	〇〇〇@〇〇.jp	
FAX番号	047-〇〇〇-〇〇〇〇			

※連絡先は日中連絡が取りやすい連絡先の記入をお願いします。
 ※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 (筋力がなく、ごみを運べない)	
今までごみをごみ集積所までどのように出していたか (ごみをまとめ、親戚等が来た時にまとめて出していた)	
排出場所	<input type="checkbox"/> 門の前 <input type="checkbox"/> 玄関の前 <input checked="" 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 checked="" 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。