

福山市高齢者・障がい者等ごみ出し支援事業認定申請書

福山市長 様 次のとおり申請します。

申請区分	新規 更新	申請年月日	2023年 7月 1日			
申請者 (被利用者)	フリガナ	フクヤマ タロウ		性別	生年月日	年齢(申請時)
	名前	福山 太郎		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	1955年 4月 5日	68歳
	住所 (住民登録地)	〒720-8501 福山市 東桜町3番5号 ふれあいマンション301号			電話番号	(084) 921-2111
	支援対象	要介護(○)・身体()・精神()・療育()・その他()				
	対象期間	2023年 9月 1日 ~ 年 月 日 ※終了日は施設入居等分かる場合のみ記入				
	申請理由	健康状態の低下により集積所までごみを運べなくなったため		※具体的な事情がある場合は、以下余白に記入 足腰の不調により、ごみステーションまで持ち運べない。		
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> その他()					

■この欄は、本人申請以外の場合記入してください。

申請書提出者	名前 又は 名称	代理人のみ該当する箇所にチェックしてください。(<input type="checkbox"/> 家族・親族 / <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター / <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャー / <input type="checkbox"/> 相談支援専門員)	支援員等 担当者名	南部
	住所 又は 所在地	〒721-0956 福山市 箕沖町107番地7号	本人との 関係	訪問介護
			電話番号	(084) 954-2125

認定調査 について	訪問場所	<input checked="" type="checkbox"/> 上記住所と同じ <input type="checkbox"/> その他	住所	福山市		駐車場	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	立会人	<input checked="" type="checkbox"/> 立会う <input type="checkbox"/> 立会わない	名前	南部 専太	続柄	名前	続柄
	日程調整 の相手方	フリガナ	ナンブ センタ		※調査実施日を決めるため、調査員から原則平日9時から17時の間で事前に電話が入ります。		
		名前	南部 専太				
		電話番号	(090) 1234-5678 続柄				
	介護サービス利用 や病院受診など 都合の悪い日に ×や予定を記入		月	火	水	木	金
	午前	×		病院		介護	
	午後	×	介護		病院	×	
本人の状況等 ・生活でお困りの点 ・本人以外で聞き取り を受けたい人 ・面談員に特に伝えて おきたいこと	難聴：有→(手話通訳：要・不要)・無 ・手が不自由で分別が難しい。 ・娘にも説明してほしい。						

■緊急連絡先(つながりやすい連絡先を記入してください)

フリガナ	フクヤマ ローズ	電話番号	(090) 2980-1105
名前	福山 ローズ		

訪問面談予定日 2000年 0月 0日 面談員名 00 00

■世帯状況記入欄

同居家族		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無(有の場合は下に同居人の状況を記入)			
同居人①	フリガナ		性別	生年月日	年齢(申請時)
	名前		男・女	年 月 日	歳
	支援対象	要介護() ・ 身体() ・ 精神() ・ 療育() ・ その他()			
	対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
同居人②	フリガナ		性別	生年月日	年齢(申請時)
	名前		男・女	年 月 日	歳
	支援対象	要介護() ・ 身体() ・ 精神() ・ 療育() ・ その他()			
	対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
同居人③	フリガナ		性別	生年月日	年齢(申請時)
	名前		男・女	年 月 日	歳
	支援対象	要介護() ・ 身体() ・ 精神() ・ 療育() ・ その他()			
	対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
同居人④	フリガナ		性別	生年月日	年齢(申請時)
	名前		男・女	年 月 日	歳
	支援対象	要介護() ・ 身体() ・ 精神() ・ 療育() ・ その他()			
	対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

■同意欄

私は、福山市高齢者・障がい者等ごみ出し支援事業を利用するに当たり、実施要綱の内容を理解し、申請内容の審査・決定・収集実施及び事業の中止事項について同意します。

本人署名欄 福山 太郎

(代筆の場合)

代筆者名前 _____

住 所 福山市東桜町3番5号 ふれあいマンション301号

本人との関係 本人