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 |  | 記入年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

更新の方は表面、裏面の太枠欄のみ記入してください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（被利用者） | フリガナ |  | 性　別 | 生 年 月 日 | 年齢(申請時) |
| 名　前 |  | 男・女 | 年 　　月 　　日 | 歳 |
| 住　所(住民登録地) | 〒 - | 電話番号 |
| 福山市 | （　　　）　　 － |
| 支援対象 | 要介護（　　） ・ 身体（　　） ・ 精神（　　） ・ 療育（　　） ・ その他（　　　　） |
| 上記の対象期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | ※手帳が複数ある場合は、介護保険被保険　者証を優先的に記入してください |
| 本人の状況 | ※現在の身体やごみ出しの状況など、その他具体的な事情を以下余白に記入 |
|  |
| 添付書類 | □介護保険被保険者証の写し　□身体障害者手帳の写し　□療育手帳の写し　□精神障害者手帳の写し□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定調査について | 訪問場所 | □ 上記住所と同じ | □ その他住所 | 福山市 | 駐車場あり・なし |
| 電話番号（　　 　）　　　　- |
| 立会人 | □ 立会う | 名　前 | 本人との関係 | 名　前 | 本人との関係 |
|  |  |  |  |
| □ 立会わない | ※立会人なしの場合、生活の状況や心身の状態に関して、介護支援員など関係者に聞き取りを行う場合があります。 |
| 日程調整の相手方 | フリガナ |  | ※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 |  |
| 電話番号 | (　　　)　　　　－ | 本人との関係： |
| 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 |  |  |  |  |  |
| 午　後 |  |  |  |  |  |
| 必要な配慮など特に伝えておきたいこと | 難聴：有→(筆談等の配慮：要・不要)・無 |
|  |

■緊急連絡先　※優先順位をつけて、つながりやすい連絡先を記入してください。また、緊急連絡先として登録

　　　 　 　　される方には、緊急連絡窓口となる事を含め、あらかじめ本事業の趣旨を説明しておいてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | フリガナ |  | 本人との関係 | 電話番号 |
| 名　前 |  |  | （　　　）　　　　－ |
| ② | フリガナ |  | 本人との関係 | 電話番号 |
| 名　前 |  |  | （　　　）　　　　－ |
| ③ | フリガナ |  | 本人との関係 | 電話番号 |
| 名　前 |  |  | （　　　）　　　　－ |

（裏面あり）

訪問面談予定日：　　 　　年　　　月　　　日　面談員：

■世帯状況記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 同 居 家 族 | □ 無□ 有 （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) | 続柄 |
| 名　前 |  | 男・女 | 年　　　月　　　日 | 歳 |  |
| 支援対象 | 要介護（　　） ・ 身体（　　） ・ 精神（　　） ・ 療育（　　） ・ その他（　　　　） |
| 上記の対象期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　 | ※手帳が複数ある場合は、介護保険被保険　者証を優先的に記入してください |
| 本人の状況 |  |
| 添付書類 | □介護保険被保険者証の写し　□身体障害者手帳の写し　□療育手帳の写し　□精神障害者手帳の写し□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 同居人② | フリガナ |  | 性　別 | 生 年 月 日 | 年齢(申請時) | 続柄 |
| 名　前 |  | 男・女 | 年　　　月　　　日 | 歳 |  |
| 支援対象 | 要介護（　　） ・ 身体（　　） ・ 精神（　　） ・ 療育（　　） ・ その他（　　　　） |
| 上記の対象期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　 | ※手帳が複数ある場合は、介護保険被保険　者証を優先的に記入してください |
| 本人の状況 |  |
| 添付書類 | □介護保険被保険者証の写し　□身体障害者手帳の写し　□療育手帳の写し　□精神障害者手帳の写し□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 同居人③ | フリガナ |  | 性　別 | 生 年 月 日 | 年齢(申請時) | 続柄 |
| 名　前 |  | 男・女 | 年　　　月　　　日 | 歳 |  |
| 支援対象 | 要介護（　　） ・ 身体（　　） ・ 精神（　　） ・ 療育（　　） ・ その他（　　　　） |
| 上記の対象期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　 | ※手帳が複数ある場合は、介護保険被保険　者証を優先的に記入してください |
| 本人の状況 |  |
| 添付書類 | □介護保険被保険者証の写し　□身体障害者手帳の写し　□療育手帳の写し　□精神障害者手帳の写し□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

■この欄は、申請者以外が提出する場合記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | 名 前及び事業所名 | （名前） | 本人との関係 |
|  |
| （事業所名） |
| 住 所又は所在地 | 〒　　　－ | 電話番号 |
| 福山市 | （　　　）　　　　－ |

|  |
| --- |
| 　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　代 筆 者 氏 名 ・　 　　及び　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　 事 業 所 名　　　　・　代 筆 者 住 所　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　・　本人との関係　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 |

■同意欄