様式第1号

表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所沢市ふれあい収集利用(更新)申請書兼利用者台帳　 | 受付番号 |  |
| (宛先)　　所沢市長 | 新規　・　更新 |
| 所沢市ふれあい収集実施要綱第６条の規定により申請します。また、本申請に伴い、市が保有する申請者(利用者)及び同居人に関する申請内容に係る個人情報を閲覧し、確認することを承諾します。 | 利用者番号－ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 　 |
| 申請者(利用者) | 氏名 | ふりがな | 電話番号 |  |
|  |
| 住所 | 所沢市 |
| 生年月日 | 明治・大正昭和・平成 | 年　　月　　日 | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 同居人の有無と状況 | 有・無 | 有の場合該当に○ | 1 介護保険制度で要支援2以上の認定を受けている65歳以上2 2級以上の身体障害者手帳を所持3 その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理申請者及び緊急連絡先 | 氏名 | ふりがな | 電話番号 |  |
|  |
| 住所 |  | 申請者との関係 |  |
| ※緊急連絡が可能な電話番号(携帯電話等) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　その他緊急連絡先 | 氏名 | ふりがな | 電話番号 |  |
|  |
| 住所 |  | 申請者との関係 |  |
| ※緊急連絡が可能な電話番号(携帯電話等) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護区分 | 要介護　　　要支援２ | 介護保険被保険者証・番号 |  |
|  介護認定　認定日 | 　　　　　　　年　　月　　日 |
|  　　　　　有効期間 | 　　　　　　　年　　月　　日から　　　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害等級 | 種　　　　級　　 | 身体障害者手帳交付年月日 | 年　　月　　日　交付　　年　　月　　日再交付　　 |

　　　　※裏面も記入してください　　裏

|  |
| --- |
| ごみ集積所まで排出できない理由を記入してください。 |
|  |
|  |
|  |

福祉サービス等の利用状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用曜日 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 |
| ヘルパー訪問介護事業者名 |  |  |  |  |  |  |  |
| 時間 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| デイサービス通所介護事業者名 |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用時間 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| その他 |

①　ふれあい収集の利用(更新)決定後に、対象者でなくなったときや、虚偽の申込みであることが判明したときは、利用の決定を取り消します。

②　申請の内容を確認する為、関係機関に問合せをすることがあります。