

倉敷市ふれあい収集登録申請書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

倉敷市ふれあい収集を利用したいので、当該事業実施に必要な最小限の範囲内において、市が申請書記載の個人情報を関係者間で使用することに同意し、次のとおり申請します。

（利用申請する者）	ふりかな氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	住所	倉敷市	電話番号 自宅 携帯	- - -
代理人	ふりかな氏名		申請者との続柄	
	住所	倉敷市	電話番号	-

■ 申請者について

※介護保険被保険者証、又は身体障がい者手帳等の写しを添付してください。

該当区分	介護保険要介護認定者	要介護 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
	障がい者	身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 (<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障がい)		
世帯状況		<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 同居人あり		
	同居人の状況	氏名	生年月日	続柄
			・	・
ごみ出しが困難な状況	ごみステーションまでごみ等の排出が困難な理由等			
今までのごみ等の排出方法	今までどのようにごみ出ししていたかなどを記載してください。 <input type="checkbox"/> 親戚や近所の人に出してもらっている <input type="checkbox"/> ホームヘルパーに出してもらっている <input type="checkbox"/> その他 ()			
収集時の声かけ	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			

裏面も記入してください。

■ 緊急連絡先等について

介護支援事業者	事業所名 介護支援専門員名（ケアマネジャー）
ホームヘルパー利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・事業所名 ・利用時間 曜日 時 ～ 時 <input type="checkbox"/> 無
緊急連絡先	住所 氏名 申請者との関係（ ） 電話（固定） （携帯）