

2023年 10月 1日

町田市高齢者等訪問収集事業利用申請書

町田市長 様

申請者住所 町田市下小山田町3160ふりがなをお
忘れなく申請者^{ふりがな}氏名 町田 町男電話番号 042-797-7111

訪問収集事業を利用したいので、町田市高齢者等訪問収集事業実施要領第4の規定により、下記のとおり申請します。

記

世帯の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 複数世帯
	申請者の生年月日 昭和5年 5月 5日
	同居者の ^{ふりがな} 氏名 _____ 同居者の生年月日 年 月
申請の理由	今までのごみの出し方 入院するまでは、ご自身でごみ出しが出来ていた。 ゴミ出しが困難になった理由 脳梗塞で入院。退院後、在宅となるが、後遺症で下半身の麻痺が残り ごみ出しが困難となった。

同居の方がいらしたらご
記入ください。

同意書

私は、町田市高齢者等訪問収集事業の利用申請をするに当たり、この事業に必要な地域福祉部障がい福祉課又はいきいき生活部高齢者支援課が保管する個人情報（要介護の認定状況・障がいの状況等）の確認を受けることについて同意します。

申請者氏名 町田 町男

同居者氏名 _____

自署が難しい場合は
代筆も可です。

申請者・同居者の状況

同居の方がいらしたらご記入ください。

要介護度 及び 障がいの 状況	申請者 の 状況	要介護 (2)	身体障害者手帳 ()
		愛の手帳 ()	その他
	同居者 の 状況	要介護 ()	身体障害者手帳 ()
		愛の手帳 ()	その他
ヘルパー等 の派遣状況	(月)(木)の午後に買い物と掃除の介助 (ヘルパー)		

緊急の連絡先

ご家族、知人などをご記入ください。

<第1連絡先>

住所 東京都新宿区西新宿2-8-〇

ふりがな氏名 まちだ 町彦 電話番号 03-5321-〇〇〇〇 申請者との関係 長男

<第2連絡先>

住所

ふりがな氏名 電話番号 申請者との関係

<介護事業者等連絡先>

事業者名称 居宅介護支援事業所 〇〇〇〇

所在地 町田市下小山田町 〇〇〇〇

担当者氏名 〇〇 〇〇 電話番号 042-797-〇〇〇〇

安否確認などの緊急連絡先として介護支援事業所、支援センターの連絡先とご担当者さま(ケアマネージャー)のお名前をご記入ください。