様式第1号

長与町高齢者等ごみ出し等支援事業利用申請書

年　　月　　日

長与町長　　様

（申請者）住所　長与町　　番地

氏名　　印

生年月日　M･T･S　　.　　.　　(　　歳)

電話番号(FAX)　　－　　－

代理人　住所

氏名

連絡先　　－　　－

私の世帯は、下記理由によりごみ出し等が困難な状況であり、戸別収集を利用したいので、長与町高齢者等ごみ出し等支援事業実施要領第3条の規定に基づき申請します。

なお、実施要領に規定されている町が実施する調査等については異議ありません。

記

申請者及びその家族構成					
氏名 (本人)	年齢　　歳	氏名 (続柄)	年齢　　歳	氏名 (続柄)	年齢　　歳
身体状況(世帯員各員それぞれの状況の番号・記号には○印をつけ他は記入してください。)					
身体障害者手帳の有無 身体　・　療育　・　精神 1　寝たきりである 2　歩行障害がある イ　全く歩けない ロ　杖をついて歩ける程度 3　視力障害がある イ　全く見えない ロ　かすかに見える程度 4　その他の障害がある		身体障害者手帳の有無 身体　・　療育　・　精神 1　寝たきりである 2　歩行障害がある イ　全く歩けない ロ　杖をついて歩ける程度 3　視力障害がある イ　全く見えない ロ　かすかに見える程度 4　その他の障害がある		身体障害者手帳の有無 身体　・　療育　・　精神 1　寝たきりである 2　歩行障害がある イ　全く歩けない ロ　杖をついて歩ける程度 3　視力障害がある イ　全く見えない ロ　かすかに見える程度 4　その他の障害がある	
(内容)		(内容)		(内容)	
5　その他の状況によりごみ出しができない。(病気等)		5　その他の状況によりごみ出しができない。(病気等)		5　その他の状況によりごみ出しができない。(病気等)	
(内容)		(内容)		(内容)	
親族、自治会、ホームヘルパー等の支援状況(該当する番号・記号に○印をつけてください。)					
親族の状況　1　支援してもらえる　2　支援してもらえない (1)　親族無　(2)　親族住所(イ　申請者と同じ住所　ロ　申請者と同じ自治会内　ハ　町内　ニ　町外) 自治会の状況　1　支援してもらえる　2　支援してもらえない ホームヘルパーの状況　1　支援してもらえる　2　支援してもらえない					

高齢者等ごみ出し等支援申請

（訪問調査）

本人の身体状況について

※ 1、 介護認定　有 ・ 無

有りの場合：要介護 （ 1 2 3 4 5 ） 要支援 （ 1 2 ）

2、 身体障害者手帳 （ 種 級 ）

3、 通院について （ 外科 内科 クリニック） 週 回

4、 ヘルパー利用について

曜日 （ 、 、 ）

利用時間 （AM, PM, : ～ : ）

（ 掃除、洗濯、買い物、食事の準備、 ）

5、 通所サービス （ ） 週 回

6、 配食サービスを利用 週 回 （ 曜日 ）

7、 現在の日常生活について

（ ）

家族等について

氏名	続柄	所在	家族のごみ出し支援
		町内 ・ 町外	可能 ・ 不可能
		町内 ・ 町外	可能 ・ 不可能
		町内 ・ 町外	可能 ・ 不可能
		町内 ・ 町外	可能 ・ 不可能

利用事業所

※ 担当ケアマネージャー

住 所

電話番号 （ ― ）

事業所名

氏 名

※ 訪問介護

住 所

電話番号 （ ― ）

事業所名

担当者名