別記第１号様式（第４条関係）

ごみ出し支援事業利用申請書

年　　月　　日

（宛先）池田町長

自ら家庭ごみを出すことができないため、下記によりごみ出し支援事業の利用を申請します。必要に応じて住民票及び介護、障がい等に係る関係法に基づく認定、サービス等の状況について確認できる台帳等を閲覧することに同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者（代表者） | 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　 　㊞ | 電話 |
| 住　　所 | 池田町 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 申請者の状況 | ①同居家族が□いる・ □いない（いる場合は※欄に世帯員を記入）②同居家族以外にごみ出しを手伝ってくれる人が　□いる・□いない③介護保険サービス（訪問介護・訪問型サービス（従前相当）・共生型訪問型サービス・訪問型サービスＡ）又は障がい福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護）を　□利用している・□利用していない |
| □介護保険被保険者証（□要介護認定・ □要支援認定・□事業対象者）□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳番号　　　　　　　　　　　　　 |
| ※世帯員がいる場合 | 名前　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　申請者との続柄（　　　）介護保険被保険者証の番号又は身体障害者手帳等の番号若しくはその種別　　　　　　　　　　　　　　　　　名前　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　申請者との続柄（　　　）介護保険被保険者証の番号又は身体障害者手帳等の番号若しくはその種別　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連絡先（親族等） | 氏 名 |  | 申請者との関係 |
| 住 所 |  | 電話 |
| 希望するごみ出し支援□戸別収集（見取り図を記入してください。）□地域の協力者（協力団体）によるごみ出し（下欄は協力者が記入してください。） |

上記の申請者のごみ出し協力者として同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ごみ出し協力者（協力団体） | 氏名又は団体名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | 電話 |
| 住 所 |  |

◎下欄内は現在のごみ出しの状況について、担当ケアマネジャー等において記入してくださるようお願いします。

|  |
| --- |
| ①自分でごみを集積所まで持って行くことを □している・□していない ②している場合→ 今後もごみ出しが □できる 　□できない（ ） ③していない場合→ 実際ごみ出しをしている方はどなたですか □介護保険サービスのホームヘルパー □障がい福祉サービスのホームヘルパー □上記以外のホームヘルパー □近所の方 □同居の親族 □別居の親族 □その他（ 　　　　　　　） ④その他特記事項   |
| 状　況確認者 | 事業所名所在地 |
| 担当者氏名  | 電話 |

◆戸別収集による場合のごみの排出場所を記入してください。 (集合住宅の場合は、所有者又は管理者等の承認を得た場所に限ります。)

|  |
| --- |
| （ごみ排出場所の宅地内見取り図） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 池田町記入欄 | 支 援 方 法  | 該 当 要 件  | 受 付  |
| □ 戸別収集 □ 地域の協力者による支援 | □ 高齢者□ 障がい者□ その他（ 　　 　） |   |
| 審査結果 | □ 支援する□ 支援しない（理由 　　　　　　　　　　　 ） |