

行田市ふれあい収集利用申請書

年 月 日

行田市長

申請者 （代理による 申請の場合 は、代理人）	住 所
	氏 名
	電話番号
	利用世帯との関係

行田市ふれあい収集実施要綱第5条の規定により、以下のとおり申請します。

世帯主	ふりがな			生 年 月 日	年 齢
	氏 名			年 月 日	
	住 所	行田市 (方書) <span style="float: right;">オートロック (有・無)</span>			
	電 話 番 号	(自宅) (携帯)			
世帯類型 (いずれかに ○を付けてく ださい。)	1 高齢者のみで構成されている世帯 2 障害者のみで構成されている世帯 3 高齢者及び障害者のみで構成されている世帯 4 その他 (具体的に記入) ( )				
ごみの 排出場所	1 自宅の玄関先 2 その他 ( )				
世帯の状況 ※世帯主を 除く。	氏 名	続柄	生 年 月 日	利用要件 (該当する方に○を付けてください。)	
			年 月 日	高齢者	障害者
			年 月 日	高齢者	障害者
			年 月 日	高齢者	障害者
緊急連絡先	ふりがな				
	氏 名				
	住 所				
	電 話 番 号 (優先順に記載して ください。)	①			
		②			
	世帯主との関係				
備 考					

申請に当たっては、次のことを承諾します。

- 1 ごみは適正に分別し、事前に協議した指定場所に時間どおり出すこと。
- 2 不在等の理由により指定日時にごみを排出しないときは、事前に連絡すること。
- 3 ふれあい収集を利用する必要がなくなったときは、速やかに連絡すること。
- 4 障害認定を理由とする場合は、障害者手帳の写し等を添付すること。

確認事項（安否確認時参考のため）

通院状況	( ) 月・週 回 ( ) 月・週 回 ( ) 月・週 回
介護サービス、障害福祉サービス等利用状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険サービス又は障害福祉サービスの利用の有無 ( 有 ・ 無 )</li> <li style="margin-left: 20px;">↓</li> <li>(有の場合)</li> <li>・担当居宅介護支援事業所、地域包括支援センター又は特定相談支援事業所の名称 ( )</li> <li>・担当ケアマネージャー、地域包括支援センター職員又は特定相談支援事業所の職員の氏名 ( )</li> <li>・利用中の介護保険サービス又は障害福祉サービス</li> <li>(1) 介護保険サービス (該当するものに○を付けてください。)</li> <li style="margin-left: 20px;">ア 訪問介護    イ 訪問看護    ウ 訪問リハビリテーション</li> <li style="margin-left: 20px;">エ 訪問入浴    オ 小規模多機能居宅介護</li> <li style="margin-left: 20px;">カ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</li> <li style="margin-left: 20px;">キ 夜間対応型訪問介護    ク その他 ( )</li> <li>(2) 障害福祉サービス (該当するものに○を付けてください。)</li> <li style="margin-left: 20px;">ア 居宅介護    イ 重度訪問介護    ウ 同行援護</li> <li style="margin-left: 20px;">エ 行動援護    オ 重度障害者等包括支援</li> <li style="margin-left: 20px;">カ その他 ( )</li> <li>・その他福祉サービス利用の有無 ( 有 ・ 無 )</li> <li style="margin-left: 20px;">↓</li> <li>(有の場合・該当するものに○を付けてください。)</li> <li style="margin-left: 20px;">ア 配食サービス    イ ひとり暮らし高齢者見守りサービス</li> <li style="margin-left: 20px;">ウ 緊急通報システム    エ その他 ( )</li> </ul>

ごみ集積所等まで排出できない理由

同意書

私は、行田市が保有するふれあい収集を行うために必要な個人情報（氏名、住所、ごみ出しの場所等）を関係機関及び委託業者に提供し、又は照会することに同意します。

年 月 日

本人署名

代筆者氏名 (世帯主との関係 )

代筆の理由 親族の場合は記入不要