

狛江市長宛て

申請者(支援を利用する方)
フリガナ

氏名

住所

生年 昭和
月日 大正 年 月 日

連絡先

(この申請に係る文書の送付先及び連絡先となる方)
申請者に同じ
フリガナ

氏名 続柄

住所

連絡先

狛江市高齢者居宅内ごみ出しサポート事業(第2号事業)利用申請書

狛江市高齢者居宅内ごみ出しサポート事業実施要綱第2条第2号に規定する事業(居宅内からごみ置場への日常的なごみの排出に係る支援)を利用したいので、同要綱第14条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

世帯の状況	氏名	性別	続柄	要介護度	課税区分	(市記載欄)
				未認定 自立 要支援 要介護 ()	非・課	認知自立度 () 障害自立度 ()
	該当する項目にチェック <input type="checkbox"/> 認知機能の低下により、収集日前日のごみの排出を促す声かけ等に応じてごみをごみ置場へ排出できない状態がおおむね2週間以上続いた <input type="checkbox"/> 身体機能の低下により、自力でごみをごみ置場へ排出することができない又は著しく困難					
	(心身の状況等)					
	氏名	性別	続柄	要介護度	課税区分	(市記載欄)
				未認定 自立 要支援 要介護 ()	非・課	認知自立度 () 障害自立度 ()
該当する項目にチェック <input type="checkbox"/> 認知機能の低下により、収集日前日のごみの排出を促す声かけ等に応じてごみをごみ置場へ排出できない状態がおおむね2週間以上続いた <input type="checkbox"/> 身体機能の低下により、自力でごみをごみ置場へ排出することができない又は著しく困難						
(心身の状況等)						

居宅内でごみをまとめる者 氏名
(各種サービスにより行う場合は以下に記入)

事業所名 住所 連絡先

私は、本申請に際し、以下の事項に同意します。

1. 市長が介護認定申請に係る主治の医師の意見又は指定する医師若しくは当該職員で医師である者の診断の結果を確認すること。
2. 必要に応じて、市長が住民基本台帳及び課税台帳の情報等を公簿等により確認すること。
3. 市長が本申請に係る情報を地域包括支援センター、公益社団法人狛江市シルバー人材センターその他申請者の支援に関わる機関等へ提供すること。

申請者署名 _____