

指定収集袋（ごみ袋）交付申込書
（紙おむつ使用者用）

令和●年●月●日

熊本市長様

（申込者）住所：〒860-8601
熊本市中央区手取本町1-1
氏名：熊本 花子
電話番号：096-328-2359

申込者（※対象者本人又は親族の方）の住所等を記入（裏面※1参照）

対象者との関係（続柄等）：長女

該当する箇所にチェック（※3）
交付を受けたいので、熊本市廃棄物処理手数料の減免及び指定収集袋の交付について第5条の規定により、次のとおり申し込みます。
なお、交付される指定収集袋は、対象者の住所に送付されるようお願いいたします。

対象者の住所等を記入（※4）

<input checked="" type="checkbox"/>	要介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護度 3~5	（対象者（紙おむつ使用者）） 住所：〒860-8601 熊本市 中央区手取本町1-1
<input type="checkbox"/>	障がい者	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1・2級	ふりがな くまもと たろう 氏名：熊本 太郎 生年月日：昭和14年1月23日
		<input type="checkbox"/> 療育手帳 A	
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1級	

必ずふりがなを記入

ケアマネジャーの氏名等を記入（※5）

（担当ケアマネジャー）※ケアマネジャーがいる場合には必ず記入
施設名：ひごケアセンター TEL 328-2111
ケアマネジャー氏名：肥後 丸子

対象者は、在宅で生活しており、常時紙おむつを使用している（概ね6ヶ月以上使用している、又は今後6ヶ月以上使用することが見込まれる）ことに相違ありません。
なお、対象者の身体状況などの確認のため、対象者に関する次の書類を市が確認すること、又は市が上記担当ケアマネジャーに意見の照会を求めることに承諾します。
・（要介護者）介護認定審査会に提出された主治医意見書
・（障がい者）障害程度区分認定審査会に提出された認定書
又は、障害児福祉サービス利用申請時の調書
（対象者）氏名：
（代理人）氏名：熊本 花子 続柄等：長女

内容を確認し、対象者本人又は代理人（親族）の氏名の記入

（市使用欄）	受付	要件確認	書類確認

【記入上の注意】

- ※1 申込者（対象者本人又は親族の方）の住所、氏名、電話番号及び対象者との関係（続柄等）を記入してください。
- ※2 該当するものの□にチェック（☑）をしてください。（2ヶ所）
- ※3 対象者（紙おむつを使用されている方）の住所、氏名、生年月日を記入してください。

●紙おむつを常時使用していることが条件です。
→紙おむつを概ね6ヶ月以上使用しているか、今後6ヶ月以上使用することが見込まれる場合で、日常的に（夜間のみなど一時的な使用や予防的な使用などは不可）使用していること。

●在宅で生活している方が対象です。（施設等に入所している方は対象とはなりません。）

- ※5 担当ケアマネジャーの所属する施設名、施設の電話番号及び氏名をご記入ください。

●対象者の身体状況などの確認のため、ケアマネジャーに対し、市から意見の照会を求めることがあります。

- ※6 記載内容を確認のうえ、証明・承諾していただける方（対象者本人又は親族）の氏名を記入してください。
 - ・対象者本人が証明・承諾できる場合は、対象者本人の氏名
 - ・対象者本人では証明・承諾することができない場合は、代理人（原則親族）の氏名

●対象者の身体状況などの確認のため、対象者に関する次の書類を市が確認することがあります。

- ・（要介護者）介護認定審査会に提出された主治医意見書
- ・（障がい者）障害程度区分認定審査会に提出された認定調査票
又は、障害児福祉サービス利用申請時の調査票

※必ず、要介護度や障がいの程度などが確認できるものを添付してご提出下さい。

【お問い合わせ】 熊本市廃棄物計画課 TEL 096-328-2359