様式第１号

**熊本市ふれあい収集　申請書**

　　　　年　　月　　日

熊本市長　（宛）

（申請者）〒　　　‐

住　　所：

氏　　名：

電話番号：　　　　　　‐　　　　　　‐

対象者との関係：

ふれあい収集を受けたいので、熊本市ふれあい収集実施要綱第４条の規定により申請します。

【対象者】　現に居住し、ふれあい収集の対象となる方を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住　所 | 〒　　　-熊本市マンション・アパート名：　　　　　　　　　　部屋番号：　　　　　　号室 |
| 同居者の有　無 | □あり　/　□なし（対象者を除く人数　　　人） | 電話番号 |  |
| 該　当　要　件 | 必　要　資　料 |
| □　要介護１～５ | 介護保険被保険者証の写し等（氏名、生年月日、要介護度、認定期間の記載があるもの） |
| □　身体障害者手帳１・２級（□肢体不自由　□視覚障害）□　療育手帳Ａ１・Ａ２□　精神障害者保健福祉手帳１級 | 各手帳の写し等（氏名、生年月日、障害の名称、等級などの記載があるもの） |
| □　その他 | 意見書 |

【同居する世帯員】　同居者がいる場合のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 対象者との関係 |  | 電話番号 |  |
| 該　当　要　件 | 必　要　資　料 |
| □　要介護１～５ | 介護保険被保険者証の写し等（氏名、生年月日、要介護度、認定期間などが確認できるもの） |
| □　身体障害者手帳１・２級（□肢体不自由　□視覚障害）□　療育手帳Ａ１・Ａ２□　精神障害者保健福祉手帳１級 | 各手帳の写し等、氏名、生年月日、障害の名称、等級などの記載があるもの |
| □　その他 | 意見書 |

（裏面もご記入ください）

（裏面）

|  |
| --- |
| 【住居の形態】 |
|  | □　戸建 |
| □　集合住宅（　オートロック　□ あり　/　□ なし　）※集合住宅にお住まいの方で、住宅の共用部分（玄関ドア前の通路部分など）にごみを出す場合は、事前に住宅の管理者の了承を得てください。また、オートロックマンションの場合、利用者自身に開錠していただき玄関前で収集します（ご不在時は収集できません）。 |
| 【安否確認】 |
|  | □　希望する※安否確認を希望される方で、ふれあい収集の日にごみ出しがない場合、呼び鈴を押すなどして応答を求め、応答がない場合は、次の緊急連絡先又は主に利用している事業所に電話で連絡するものとします。 |
| □　希望しない※安否確認を希望しない場合でも、２週間以上ごみ出しがない場合は上記の対応を行うことがありますので、必ず、緊急連絡先をご記入ください。 |
| 【緊急連絡先】 |
|  | ① | 氏　名 |  | 対象者との続柄等 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| ② | 氏　名 |  | 対象者との続柄等 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |

【ケアマネジャーや相談支援専門員など生活状況を把握している方】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所電話番号 |  |
| 担当者名 |  | その他電話番号 |  |

|  |
| --- |
| ふれあい収集の申請をするにあたり、次の①から③までについて誓約します。また、次の④及び⑤について承諾します。①　対象者の状況等、本申請書の記載事項に相違がないこと。②　（集合住宅に居住の場合）前頁記載の住宅管理者等の承諾を得ていること。③　次の場合、必ず市に報告すること。・緊急連絡先や生活状況を把握している方など連絡先が変わった場合・入院、施設入所等により、ふれあい収集を休止する場合・ごみ出しが困難な状況が改善され、ふれあい収集を終了する場合④　本申請書の記載事項について市が調査、確認すること。⑤　世帯の状況確認のため、市が申請書に記入した担当ケアマネジャーや相談支援専門員などに提出された書類について確認すること、又は意見を求めること。 |
| 【自署】 | 対象者：　　　　　　　　　　　　　　　 | ※代筆の場合は、代筆者の氏名をご記入ください。 |
| 同居人：　　　　　　　　　　　　　　　 | 代筆者：　　　　　　　　　　　　　　　 |