申請日　　　　　　年　　　月　　　日

(表面)

様式第1号(第4条関係）

直方市ふれあい収集利用申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 直方市長　様  以下の太枠内に必要事項を記入してください。 | | | | | 整理番号 |  |
| 申請者情報欄（代理記入可） | 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　　歳） | | | 性別 | 男・女 |
| ふりがな |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 住所 | 直方市  電話番号（　　　　　）　　　　― | | | | |
| 申請理由 | □　65歳以上の高齢者で、歩行や立位保持に常時支えが必要であり、かつ、外出及び日常生活に介助を要する者  □　身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けている者で、障害の程度が身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号に定める障害等級の1級又は2級に該当するもの（その障害が肢体不自由又は視覚機能障害である者に限る）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 利用している事業所名 | |  | 担当者名 |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代理記入者情報欄 | ふりがな |  | |
| 氏名 |  | |
| 住所 | 電話番号（　　　　　）　　　　― | |
| 申請者との関係  （事業者の場合は事業者名と担当者名を記入してください） | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同居者情報欄 | 同居者 | □　あり（　　　人）　　　　　　　　　　　　□なし | | | | |
| 同居者がいる場合は、以下の情報を記入し該当する□欄にチェックしてください。  　65歳以上の高齢者で、歩行や立位保持に常時支えが必要であり、かつ、外出及び日常生活に介助を要する場合は1の欄に、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けている者で、障害の程度が身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号)別表第5号に定める障害等級の1級又は2級に該当する（その障害が肢体不自由又は視覚機能障害である者に限る）場合は2の欄に、その他の場合は3の欄にチェックをしてください。 | | | | | |
| ふりがな |  | チェック欄 | ふりがな |  | チェック欄 |
| 氏名 | 年齢（　　　歳） | □　1  □　2  □　3 | 氏名 | 年齢（　　　歳） | □　1  □　2  □　3 |
| ふりがな |  | チェック欄 | ふりがな |  | チェック欄 |
| 氏名 | 年齢（　　　歳） | □　1  □　2  □　3 | 氏名 | 年齢（　　　歳） | □　1  □　2  □　3 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 合議 |  | | |  | | |  | 受付印 |
| 担当 | 係長 | 課長 | 担当 | 係長 | 課長 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 主管課 |  | | | | | |
| 担当 | 係 | | 係長 | | 課長 |
|  |  | |  | |  |

(裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| ごみ出しの現状について | □本人が出している  □本人以外が出している　　　　出している方のお名前を記入してください  　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 安否確認  （希望制） | ごみが出されてない場合、インターホンや声掛けで安否確認をします。応答がない場合、緊急連絡先へ連絡します。  　　　　　　　　　　□　希望する　　　　　　　　　　　□　希望しない  希望する場合は以下の条件をもとに緊急連絡先を記入してください。  ○緊急連絡先は、必ず日中に連絡が取れる連絡先を記載してください。  ○緊急連絡先になられる方にはあらかじめ登録する旨を伝えて、了承を得てください。 | | | |
| 緊急連絡先 | ふりがな |  | 本人との関係 | □　親族（　　　）  □　民生委員  □　ケアマネージャー  □　ホームヘルパー  □　その他（　　　　　　） |
| 氏名 | 電話番号（　　　　）　　― |
| ふりがな |  | 本人との関係 | □　親族（　　　）  □　民生委員  □　ケアマネージャー  □　ホームヘルパー  □　その他（　　　　　　） |
| 氏名 | 電話番号（　　　　）　　― |
| ふりがな |  | 本人との関係 | □　親族（　　　）  □　民生委員  □　ケアマネージャー  □　ホームヘルパー  □　その他（　　　　　　） |
| 氏名 | 電話番号（　　　　）　　― |

**以下の内容を確認し、□にチェックを入れてください。**

**申請書の提出をもって、内容に同意したものとみなします。**

|  |
| --- |
| ・直方市ふれあい収集実施要綱を確認し、その内容を遵守してください。  ・ごみは分別し、直方市の指定ごみ袋に入れ日時・場所を守りだしてください。  ・収集の日時・場所は変更となる場合があります。（必ず事前にご連絡いたします。）  ・収集の際に妨げとなるようなものを指定排出場所に置かないでください。  ・収集したごみは返却できません。貴重品等を誤って捨てないよう気を付けてください。  ・ごみの収集や訪問調査または安否確認の際、敷地内への立ち入り・車両の駐車等おこないます。その際、故意または重大な過失がある場合を除き、敷地内で発生した物品の破損等の損害について、市は責任を負いません。  ・長期にわたり不在となる場合は、必ず事前に連絡をお願いします。  ・本申請書に記載された個人情報や実施内容は、市の福祉担当者や地域関係者、民生委員、申請者が利用している福祉サービス事業者に対して提示する場合があります。  ・本申請書に記載された個人情報や実施内容は、世帯調査及びふれあい収集の円滑な実施のため、市役所関係課で共有いたします。  ・現状調査のため、必要に応じ福祉関係者や地域の方、民生委員等に申請者情報をお伺いすることがあります。   * 以上の内容に同意し、直方市ふれあい収集に申し込みます。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | | | | | | | |
| 初回面談日 | 年　　月　　日 | 収集の可否 | 可・否 | 収集開始日 | 年　　月　　日 | 収集時間 |  |