|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **利用者** | 住所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|
| ふりがな |  | | | | | 性別 | | 生年 月日 | | M T S H  R | 年　　月　　日  （年齢　　歳） | |
| 氏名 |  | | | | | 男・女 | |
|
| 電話 番号 | 自宅　　　　　　　　　　　携帯電話 | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定 障害の程度等 | | □　要介護（　２　・　３　・　４　・　５　） □　障害の程度（　□　視覚障害　　級　・　□　肢体不自由　　級　）  □　療育手帳　　　□　精神障害者保健福祉手帳　　級  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
|
|
|
| **申込者** | 住所 |  | | | | | | | | | | | |
|
| ふりがな 氏名 |  | | | | | 連絡先 （電話） | | ―　　　　　― | | | | |
|
| 利用者との 関係 | | 本人　・　介護関係者（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　） 親族（　　　　）　・　近隣者（　　　　）　・　その他（　　　　） | | | | | | | | | | |
|
|
| **同居者** | 同居者 | ふりがな 氏名 | | |  | | 続 柄 |  | | 生年 月日 | | | 年　　月　　日 |
| 現況 | | | 要介護区分（　　）　・　　身体障害者（　視覚　・　肢体　　級） | | | | | | | | |
| 同居者 | ふりがな 氏名 | | |  | | 続 柄 |  | | 生年 月日 | | | 年　　月　　日 |
| 現況 | | | 要介護区分（　　）　・　　身体障害者（　視覚　・　肢体　　級） | | | | | | | | |
| **緊急連絡先** | 緊急 連絡先 | 氏 名 |  | | | 続 柄 |  | | 住 所 | |  | | |
|
| 電話①　　　　　　　　　　　　　電話② | | | | | | | | | | | |
| 緊急 連絡先 | 氏 名 |  | | | 続 柄 |  | | 住 所 | |  | | |
|
| 電話①　　　　　　　　　　　　　電話② | | | | | | | | | | | |
| **声掛けの希望** | | | | 希望する　　・　　希望しない | | | | | | | | | |

（裏面へ続く）

|  |
| --- |
| 様式第１号（第４条関係）  年　　月　　日  日立市ふれあい戸別収集利用申込書  日立市長　殿  　日立市ふれあい戸別収集を利用したいので、申し込みます。 |

（裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 確認欄 | 確　認　事　項 |
| １ | □ | 市の定める要介護基準又は障害基準を満たしている。 |
| ２ | □ | 利用希望相談を行い、申込可の連絡を受けている。 |
| ３ | □ | 本人又は他者の支援により、ごみを分別し、市の指定する曜日に、戸外にごみを出すことができる。 |
| ４  ※ | □ | 戸建て住宅に居住しており、玄関先などの自宅敷地内にごみの保管容器を置くスペースがある。 |
| □ | アパート・マンションなどの集合住宅に居住しており、玄関先にごみの保管容器を置くことについて、管理者から了解を得ている。 |

下記の事項について申込前にご確認ください。

※どちらかにチェックしてください。

|  |
| --- |
| 同　意　書  　私は、日立市ふれあい戸別収集事業の利用申込みに当たり、当該申込みに係る決定  及び決定後のふれあい戸別収集事業の実施に必要な限度において、日立市が保有する  世帯に関する個人情報を閲覧し、又は使用すること、民生委員等に対し、私の世帯の  状況を聴取することに同意します。  年　　　月　　　日  利用申込者 |