

## 弘前市ごみ出しサポート事業利用申請書兼管理台帳

弘前市長 宛 (表面) 令和 年 月 日

弘前市ごみ出しサポート事業等実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

|    |       |      |  |
|----|-------|------|--|
| 住所 | 弘前市大字 | 電話番号 |  |
|----|-------|------|--|

世帯の状況(世帯の全員について記入してください。)

| 氏名 | 続柄  | 生年月日  | 年齢 | 介護等区分    | 訪問介護等 |
|----|-----|-------|----|----------|-------|
|    | 申請者 | 年 月 日 |    | 介護・支援・手帳 | 有・無   |
|    |     | 年 月 日 |    | 介護・支援・手帳 | 有・無   |
|    |     | 年 月 日 |    | 介護・支援・手帳 | 有・無   |

|            |         |  |      |      |
|------------|---------|--|------|------|
| 緊急時<br>連絡先 | 住所      |  |      |      |
|            | 氏名      |  | 電話番号 |      |
|            | 申請者との関係 |  | 訪問同席 | 可・不可 |

|                         |         |  |      |      |
|-------------------------|---------|--|------|------|
| 代理申請者<br>(親族、福祉<br>機関等) | 住所      |  |      |      |
|                         | 福祉機関名称  |  |      |      |
|                         | 氏名      |  | 電話番号 |      |
|                         | 申請者との関係 |  | 訪問同席 | 可・不可 |

弘前市ごみ出しサポート事業に関する申請手続きを上記の者に委任します。

申請者

次に掲げる事項について承諾の上、申請します。

1. 市が定める分別区分に従って適正に分別して排出すること。
2. 事前に市と打ち合わせて決めた場所に、ペール容器等に入れて排出すること。
3. 申請内容に変更があったとき、利用の休止若しくは取消しを希望するときは必ず事前に連絡すること。
4. 当該申請に係る決定及び決定後の事業実施に必要な限度において、市が保有する世帯に関する個人情報閲覧し、又は使用すること。
5. 事業開始後に連続して複数回ごみ出しがないときなど、安否確認が必要と判断される場合は、関係各課緊急連絡先に情報を提供すること。

申請者

訪問希望日時 令和 年 月 日 時 分頃

※裏面もご記入ください。

(裏面)

以下は、現在のごみ出しの状況等について、担当ケアマネジャー等に記入をお願いします。

|            |    |                        |   |   |   |   |   |   |     |    |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|----|------------------------|---|---|---|---|---|---|-----|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 訪問介護等の利用状況 |    | ※ホームヘルパーの利用状況をご記入ください。 |   |   |   |   |   |   |     |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 申請者        | AM | 月                      | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 同居人 | AM | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|            | PM | 月                      | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |     | PM | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| ごみ出し状況  | ※申請者や同居人の身体の状態も可能な範囲でご記入ください。 |
| <p>現在のごみ出しは、いつ、誰が行っていますか。</p> <p>いつ</p> <p>誰が</p> |                               |

|              |  |      |        |
|--------------|--|------|--------|
| 確認者（担当ケアマネ等） |  |      |        |
| 所属事業所名称      |  | 電話番号 |        |
| 担当者氏名        |  | 訪問同席 | 可 ・ 不可 |

|             |  |        |                                      |      |   |   |   |      |
|-------------|--|--------|--------------------------------------|------|---|---|---|------|
| 弘前市記入欄      |  |        |                                      |      |   |   |   |      |
| 申請区分        | <input type="checkbox"/> 世帯の全員が要綱第3条本文の要件に該当                     |        | <input type="checkbox"/> その他特別の事情がある |      |   |   |   |      |
| 福祉確認        | <input type="checkbox"/> 世帯の全員が要綱第3条本文の要件に該当                     |        | <input type="checkbox"/> その他特別の事情がある |      |   |   |   |      |
| 訪問日時        | 年  | 月      | 日                                    |      |   |   |   |      |
| 審査結果        | <input type="checkbox"/> 支援する <input type="checkbox"/> 支援しない（理由） |        |                                      |      |   |   |   |      |
| 決定通知日       | 年  | 月      | 日                                    |      |   |   |   |      |
|             | サポート開始日  | 年      | 月                                    | 日    |   |   |   |      |
| 利用の休止、取消の状況 |  | サポート曜日 | 月                                    | 火    | 水 | 木 | 金 |      |
| 休止期間        | 年  | 月      | 日                                    | ～    | 年 | 月 | 日 | （理由） |
|             | 年  | 月      | 日                                    | ～    | 年 | 月 | 日 | （理由） |
|             | 年  | 月      | 日                                    | ～    | 年 | 月 | 日 | （理由） |
|             | 年  | 月      | 日                                    | ～    | 年 | 月 | 日 | （理由） |
| 取消日         | 年  | 月      | 日                                    | （理由） |   |   |   |      |
| 特記事項        |  |        |                                      |      |   |   |   |      |