

一宮市ふれあい収集申請書

年 月 日

収集業務課長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

利用者との関係

ふれあい収集を利用したいので、次のとおり申込みします。

| | | | | | | | | |
|----------|------------------------------|---|---|----|---------|-------|-----|-----|
| 利用者 | 住所 | 一宮市 | | | 世帯人数 | 人 | | |
| | 氏名 | ふりがな | | | 電話番号 | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 | | | | | | |
| 世帯の状況 | 氏名 | 年齢 | 対象区分(該当する項目にレ印及び○印を付けてください) | | | | | |
| | 利用者本人 | | <input type="checkbox"/> 介護認定(要介護1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B・C) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1・2・3・4・5・6) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1・2・3) | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 介護認定(要介護1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B・C) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1・2・3・4・5・6) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1・2・3) | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 介護認定(要介護1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B・C) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(1・2・3・4・5・6) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳(1・2・3) | | | | | |
| 緊急連絡先 | 住所 | | | | 利用者との関係 | | | |
| | 氏名 | | 電話番号 | | | | | |
| 福祉サービス | 居宅介護支援事業所 名称 | | | | | | | |
| | 居宅介護支援事業所 電話番号 | | | | | | | |
| | ヘルパー利用の曜日・時間 | | | | | | | |
| 訪問調査 | 立会人 (利用者本人以外) | | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> その他(下記に記入して下さい。) | | | | | |
| | 氏名 | | 電話番号 | | 本人との関係 | | | |
| 日程調整の連絡先 | | <input type="checkbox"/> 利用者本人 <input type="checkbox"/> 立会人 | | | | | | |
| 備考 | <input type="checkbox"/> その他 | | | 受付 | 障害福祉課 | 高年福祉課 | 出張所 | 窓口課 |
| | | | | | | | | |