

鹿児島市まごころ収集利用申請書

鹿児島市長 殿

申請者 住所：鹿児島市犬迫町00000番地
 氏名：鹿児島 太郎
 電話番号：099-238-0000
 利用希望者との関係：介護支援専門員

鹿児島市まごころ収集を利用したいので、鹿児島市まごころ収集実施要綱第3条の規定に基づき、次のとおり申請します。

利用希望者

住所	鹿児島市 花尾町0000番地 〇〇マンション 201号	電話 番号	(固定) (携帯)	099-293-0000 090-0000-0000
フリガナ 氏名	コオリヤマ タロウ 郡山 太郎	生年月日	昭和13年〇〇月〇〇日	

利用要件

まごころ収集の利用を受けることができるのは、下記に記載の要件に該当し、かつ、介護保険法又は障害者総合支援法に基づく居宅サービスを現に利用している一人暮らしの方のうち、自らごみ出しをすることが困難で、ごみ出しの協力を得ることが出来ない方です。

該当するものに、 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> に <input type="checkbox"/> 及び () に <input type="checkbox"/> を付けてください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 要介護度 (<input checked="" type="checkbox"/> 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1 ・ 2) 級
<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A1 ・ A2 ・ A)	
<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳 1級	

確認事項

現在のごみ出し方法	ホームヘルパー ・ 近隣者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 親戚 その他 ()			
居宅サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 現在利用している ・ 現在利用していない			
主に利用している 事業所名	会社	ヘルパー ステーション〇〇〇	電話	(099) 200-0000
	住所	鹿児島市 伊敷町0000番地	担当	伊敷 〇子

裏面もご記入ください

(裏面)

確認事項

同居者の有無	有 ・ 無			
ごみ出しの協力者の有無	有 ・ 無			
ごみステーションまで排出できない理由	・ 痛めていた膝が悪化し、一人でお歩くことができない。 ・ 親戚にごみ出しの協力を得られなくなった。			
緊急連絡先	住所	谷山港 0-0000-00	固定	099-000-0000
	氏名	南部 ○美	携帯	090-0000-0000
	利用希望者との関係	次女		

※ 上記、緊急連絡先に連絡が取れない場合は、主に利用している事業所、申請者又は利用希望者に連絡いたします。

※ 同居者がいる場合は、別紙もご記入ください。

【 注意事項 】

- ・ この申請書による審査の後、担当職員がご本人宅を訪問し、面接を行い、現地状況等の調査を行った後、収集の可否を決定いたします。
- ・ 設置するポリバケツ等については、利用希望者の責任において適正に管理してください。
- ・ 収集作業員は、家の中まで立ち入ってのごみ収集は行いません。また、ごみ収集以外のことについては、対応できませんので、あらかじめご了承ください。
- ・ 本収集の利用決定後に、利用要件等に該当しなくなった場合は、本収集を中止することがあります。

【 同意書 】

- ・ 本収集利用の適切な運用のため、市が内部又は関係機関に申請内容の確認を行うこと及び委託業者に個人情報の提供をすることに同意します。
- ・ 本収集の利用決定後においても、必要に応じ照会又は調査が行われることに同意します。
- ・ まごころ収集認定審査結果通知書等については、下記に送付することに同意します。
※ この申請で同意した送付先を変更する場合は、鹿児島市まごころ収集変更届出書（様式第3）を提出してください。

送付先

該当するものに、□ にレを付けてください。

利用希望者 申請者（利用希望者と異なる場合） 緊急連絡先
 その他 ※その他の場合は、下記に送付先を記入してください。

住所			
氏名			
電話番号	-	-	利用希望者との関係

本人に代わって代筆した場合は代筆者氏名と本人との関係を余白に記入してください。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

代筆者：郡山 一郎（長男）

利用希望者氏名 郡山 太郎

(※同居者がいる場合は、同居者も署名をお願いします。)

同居者氏名 郡山 花子

(同居者)

フリガナ 氏名	コオリヤマ ハナコ 郡山 花子	生年月日	昭和15年〇〇月〇〇日	
利用希望者との関係	妻			
該当するものに、 <input type="checkbox"/> に \checkmark 及び () に <input type="checkbox"/> を付けてください。				
<input checked="" type="checkbox"/> 要介護度 (1 ・ 2 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 3 ・ 4 ・ 5)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		
<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A1 ・ A2 ・ A)		(1 ・ 2) 級		
<input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳 1級				
居宅サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 現在利用している ・ 現在利用していない			
主に利用している 事業所名	会社	ヘルパー ステーション〇〇	電話	(099) 200-0000
	住所	鹿児島市 伊敷町000番地	担当	伊敷 〇子
ごみステーションまで排出 できない理由	・意思の疎通が困難であるとともに、衣服の着脱にも介 護が必要である事から、ごみ出しが出来る状態ではな い。			