（様式第1号）第4条関係

# 福島市　ふれあい訪問収集　申込書

年　　月　　日

個人情報の保護に関する法律第69条に基づき保有する個人情報を市長が利用することを対象者が同意し、福島市ふれあい訪問収集実施要綱第3条の対象世帯に以下の通り該当しているため、同要綱第4条の規定により利用を申し込みます。

福　島　市　長

申請者

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏 名（名 称） | | | |
| 住 所 | | | |
| 電話番号 | | 携帯番号 | |
| 対象者との関係 | □本人　□親族（関係　　）　□民生委員<br>□ケアマネージャー　□その他（　　） | | |

対象者

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏 名 | | 電話番号 | | | |
| | | 携帯番号 | | | |
| 住 所 | | | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平　年　月　日 | 年 齢 | 歳 | 性 別 | 男・女 |
| 特記事項 | ・障害者手帳など所持しているもの<br>□身体障害者手帳　□精神障害者保健福祉手帳　□療育手帳<br>・介護認定等<br>□要支援　1．2　□自立<br>□要介護　1．2．3．4．5　□未申請（申請中）<br>□福島市総合支援事業対象者　□特になし | | | | |

| 世帯員の状況 | ふりがな<br>氏 名 | 生年月日 | 年齢 | 続柄 | 特記事項<br>（障害の等級など） |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 大<br>昭　年　月　日<br>平 | | | |
| | | 大<br>昭　年　月　日<br>平 | | | |

| | |
|---|---|
| 訪問収集を<br>希望する理由<br>（具体的にお書きください） | |

※裏面も記入してください

緊急時の連絡先
（記入に際しては、緊急連絡先になられる方に了承を得てください）

| ふりがな | | | 対象者との関係 | □ 親族（　　　　　　）<br>□ 民生委員<br>□ ケアマネージャー<br>□ 地域の方（　　　　）<br>□ その他（　　　　　） |
|---|---|---|---|---|
| 氏 名 | | | | |
| 住 所 | | | | |
| 電話番号 | | 携帯番号 | | |

| ふりがな | | | 対象者との関係 | □ 親族（　　　　　　）<br>□ 民生委員<br>□ ケアマネージャー<br>□ 地域の方（　　　　）<br>□ その他（　　　　　） |
|---|---|---|---|---|
| 氏 名 | | | | |
| 住 所 | | | | |
| 電話番号 | | 携帯番号 | | |

利用している介護サービスや介護支援事業所

| 事業所名 | 担当者名 | 連絡先 |
|---|---|---|
| | | |

面談調査

| 面談立会者 | | 対象者との関係 |
|---|---|---|
| 電話番号 | | □ 親族（　　　　　　）<br>□ 民生委員<br>□ ケアマネージャー<br>□ 地域の方（　　　　）<br>□ その他（　　　　　） |
| 携帯番号 | | |

〇申請後、面談調査に伺います。一緒に説明を聞いていただける方を記入してください。
〇記入に際しては、事前に立会者に了承を得てください。
〇面談に伺う日時を立会者に連絡しますので、日中に連絡が取れる番号を記入してください。

民生委員等の意見

| 地 区 | 方 部 | 氏 名 | |
|---|---|---|---|
| 意 見 | | | |

※民生委員より対象者について意見がある場合のみご記入ください。
※申請者が民生委員の場合は記入不要です。

※申請者の方は太枠の部分のみ記入してください
□の該当するものに☑を付けてください

【問い合わせ】
ごみ減量推進課
ごみ減量推進係　　TEL525-3744
ふれあい訪問収集係　　TEL544-0910