

高知市長 様

高知市ふれあい収集事業利用申請書

高知市ふれあい収集事業を利用したいので、高知市ふれあい収集事業実施要綱第8条の規定により、関係書類を添えて次のとおり利用を申請します。

申請者	ふりがな 氏名 性別	印 (男・女)	生年月日	大・昭・平 年 月 日
	住所		電話 自宅 携帯	- - - -
申請代行者	ふりがな 氏名	印	申請者との 続柄(関係)	
	住所		電話	- -

申請者区分	<input type="checkbox"/> 1) 70歳以上で要介護認定を受けている者 <input type="checkbox"/> 2) 身体障害者手帳の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> 3) 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> 4) 療育手帳の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> 5) その他(具体的に) ( )
ごみ集積所までごみを排出できない理由を記入してください。	
今までのごみの排出方法を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 近隣の住民 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ( )	

世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯		<input type="checkbox"/> 同居人有り		
	同居人	氏名	生年月日 性別	続柄	介護認定, 障害等の状況
			年 月 日 男・女		
		年 月 日 男・女			

(裏)

※ 集積所No.

緊急 連絡 先	1	住所			電話番号	1	-	-
		ふりがな 氏名		続柄			2	-
	2	住所			電話番号	1	-	-
		ふりがな 氏名		続柄			2	-
	3	住所			電話番号	1	-	-
		ふりがな 氏名		続柄			2	-

ホームヘルプ サービス等 連絡先	事業所名	住所
	担当者氏名 (ケアマネージャー)	電話 - - FAX - -
	事業所名	住所
	担当者氏名 (ホームヘルパー)	電話 - - FAX - -

※ 添付書類 (介護保険被保険者証, 身体障害者手帳, 精神障害者保健福祉手帳, 療育手帳の写し等)

### 同意書

この申請に係る決定及び高知市ふれあい収集事業を行うために必要な限度において、市が保有する私の世帯に関する個人情報を閲覧し、又は利用すること及び世帯の状況等について、近隣住民、民生委員等から意見等を聴取することに同意します。また、高知市ふれあい収集事業における私の安否確認の目的の範囲内で、環境業務課以外の部署及び市の機関並びに市の機関以外の機関に、私の住所、世帯員の氏名、電話番号、要介護度その他の個人情報を提供することに同意します。

(申請者氏名)

印

※審査結果

--