

別 記

第1号様式（第6条関係）

鎌ケ谷市ふれあい収集事業利用申込書

年 月 日

鎌ケ谷市長 様

鎌ケ谷市ふれあい収集事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申し込みます。

○申込者本人の状況等について

| | | | | | | |
|-----------------------|---|--|------|-------------------|----|----------|
| 利用 申 込 者 | フリガナ | | | | | 男・女 |
| | 氏 名 | | | | | |
| | 住 所 | 鎌ケ谷市 ----- アパート・マンション名 () 階 号室、エレベーター (有・無) | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 電話 | 自宅 携帯 |
| 要介護認定、 障がいの程度 等 | 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 障がいの程度等 () その他 () | | | | | |
| 同居者の有無 | | <input type="checkbox"/> 同居者なし <input type="checkbox"/> 同居者あり (本人の他に、 人) | | | | |
| 同居者ありの場合、そ の状況 | フリガナ | 続柄 | 生年月日 | 要介護認定・ 障がいの程度等 | | |
| | 氏 名 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

※ 利用申込者及び同居者の介護保険被保険者証、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等の原本を提示するか、写しを添付してください。

| | | | | | | |
|-------------------------------------|------|--|----|--|---|--|
| 家族・親族の有無（上記の同居者を除く。） | | | | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| ありの場合 は、その状況 (居住地が近 い順に記載) | フリガナ | | 続柄 | | 住所 | |
| | 氏名 | | 続柄 | | 住所 | |
| | フリガナ | | 続柄 | | 住所 | |
| | 氏名 | | 続柄 | | 住所 | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 現在ほどなたがどのように ごみを出していますか。 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 家族以外の親族 <input type="checkbox"/> 近隣の方 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| | | | | | | |
| ごみステーションまで出 すことができない理由を 記入してください。 | | | | | | |

○地域における近隣住民の助け合いやボランティア活動について

| | |
|---------------------------|--|
| ボランティア等からごみ出しの支援を受けていますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
|---------------------------|--|

| | | | | | |
|---------------|---|------|--|--|--|
| 緊急 連絡 先 | ① | フリガナ | | 本人との関係 □家族・親族() □介護等に関わる者 () □近隣在住者 □その他 () | |
| | | 氏名 | | | |
| | | 住所 | | | |
| | | 電話 | | | |
| | ② | フリガナ | | | 本人との関係 □家族・親族() □介護等に関わる者 () □近隣在住者 □その他 () |
| | | 氏名 | | | |
| | | 住所 | | | |
| | | 電話 | | | |

※ ①の連絡先に最初に連絡し、連絡が取れない場合に、②に連絡をします。

※ 連絡先の方に対しては、事前に連絡先として記入し、緊急時に市等が連絡する旨の了解を得ておいてください。

○施設利用や病院通院等、定期的に自宅を不在とする日について

あり なし

| | |
|-----------------------------|--|
| 定期的な不在日がある場合 (曜日、時間、内容等) | |
|-----------------------------|--|

○担当ケアマネジャー・相談支援専門員・ケースワーカーについて

| | |
|------|--|
| 事業所名 | |
| 担当者名 | |
| 電話番号 | |

○申込み代行者について（本人の申込みの場合には、記入不要です。）

| | | | | |
|-------------------|---|----|--|--------------------------|
| 申込 代 行 者 | 申込み代行者が、上記の連絡先のいずれかと同じ場合、右欄に チェックしてください。 (その場合、下欄には氏名の記入(押印)のみでかまいません。) | | | □ 連絡先①と同じ。 □ 連絡先②と同じ。 |
| | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 事業所名 | 電話 | | |
| | 利用者との関係 | | | |

○書類の送付先について

| | | | |
|----------------------|---|--|--|
| 書類送付先（各種通知書、現況確認書類等） | <input type="checkbox"/> 本人の自宅 <input type="checkbox"/> 連絡先① <input type="checkbox"/> 連絡先② <input type="checkbox"/> 申込代行者 | | |
| | その他 | | |

※ ふれあい収集事業の対象となった後、概ね3年ごとに、利用者が要件に該当しているか、現況の確認を行います。

同意書

私は、鎌ヶ谷市ふれあい収集事業の利用申込みをするにあたり、下記の事項に同意します。

- 1 鎌ヶ谷市が作成した「ごみの分け方・出し方」等に記載された方法によりごみを適正に分別し、決められた場所及び時間に出すこと。
- 2 ふれあい収集事業の対象者の要件の確認及び適正な実施を行うために必要があるときは、その必要がある限りにおいて、私及び私の同居者の要介護認定、障害等級等の内容、ごみ出しの状況その他の生活状況等について、ふれあい収集事業担当課長、高齢者福祉担当課長、障がい者担当課長から、ふれあい収集事業の業務に携わる柏・白井・鎌ヶ谷環境衛生組合、住民票及び戸籍の担当課、ふれあい収集事業の業務の委託業者、市の関係機関、介護保険サービス事業所、障害福祉サービス事業所等に対し、照会又は情報提供すること。
- 3 収集日にごみを出さない時は、意思表示の札を提示すること。
- 4 ふれあい収集事業の専用の袋を使用して、ごみを出すこと。なお、この袋に収納できない場合は、張り紙等でふれあい収集のごみであることを表示すること。
- 5 2週間にわたり連絡や意思表示なくごみが出されていない場合、市が本申込書に記載された連絡先に連絡すること。
- 6 屋内に立ち入ってのごみの収集を行わないこと。また、ふれあい収集事業以外のことについても行わないこと。
- 7 ふれあい収集の実施に際し、住宅、家財等を破損させた場合において、重大な過失がある場合を除き、市は責任を負わないこと。
- 8 偽りその他不正の手段によりふれあい収集事業の利用の決定を受けたと認められるときは、ふれあい収集を終了とすること。
- 9 入院等によるふれあい収集事業の利用の一時停止が必要になったとき、申込書の内容に変更等があったときは、速やかに市に電話等により連絡を行うこと。また、その期間が概ね3月以上となるときには届出書を提出すること。
- 10 ふれあい収集の対象者の要件に該当しなくなったとき、他の者の支援を受けられるようになったとき、その他ふれあい収集の必要がなくなったときは、速やかに市に連絡を行うとともに、届出書を提出すること。

年 月 日

利用申込者 _____

(同居者ありの場合には、同居する全員の署名が必要です。)

同居者 _____

同居者 _____