

様式第1号

所沢市ふれあい収集利用(更新)申請書兼利用者台帳

(宛先) 所沢市長

受付番号	
新規	更新
利用者番号	—

所沢市ふれあい収集実施要綱第6条の規定により申請します。
 また、本申請に伴い、市が保有する申請者(利用者)及び同居人に関する申請内容に係る個人情報を読覧し、確認することを承諾します。

申請年月日	年 月 日					
申請者 (利用者)	氏名	ふりがな		電話番号		
	住所	所沢市				
	生年月日	明治・大正	年 月 日	歳	性別	男・女
	同居人の有無 と状況	有・無	有の場合 該当に○	1 介護保険制度で要支援2以上の認定を受けている65歳以上 2 2級以上の身体障害者手帳を所持 3 その他()		

代理申請者 及び緊急連 絡先	氏名	ふりがな		電話番号		
	住所				申請者との関係	
	※緊急連絡が可能な電話番号(携帯電話等)					

その他 緊急連絡先	氏名	ふりがな		電話番号		
	住所				申請者との関係	
	※緊急連絡が可能な電話番号(携帯電話等)					

介護区分	要介護	要支援2	介護保険被保険者証・番号	
介護認定	認定日	年 月 日		
	有効期間	年 月 日から 年 月 日		

障害等級	種	級	身体障害者手帳交付年月日	年 月 日 交付
				年 月 日 再交付

※裏面も記入してください

ごみ集積所まで排出できない理由を記入してください。

福祉サービス等の利用状況

利用曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
ヘルパー 訪問介護事業者名							
時間	～	～	～	～	～	～	～
デイサービス 通所介護事業者名							
利用時間	～	～	～	～	～	～	～
その他							

- ① ふれあい収集の利用(更新)決定後に、対象者でなくなったときや、虚偽の申込みであることが判明したときは、利用の決定を取り消します。
- ② 申請の内容を確認する為、関係機関に問合せをすることがあります。