

見守りふれあい収集利用申請書

年 月 日

大井町社会福祉協議会長 様

申請者 住所 _____

(代理人) 氏名 _____

電話 _____

利用者との関係 _____

次のとおり見守りふれあい収集の利用を申請します。

利用者及びその世帯	住所	大井町	電話	
	ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	(歳)	
	世帯構成	人		
申請理由 (□内にレ点を記載してください。) ※すべての項目に該当することが収集要件になります。)	<input type="checkbox"/> 町内在住の一人暮らしの高齢者や障がい者等の世帯、又は高齢者や障がい者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 世帯員全員が自力でごみ等を運ぶことが困難な世帯 <input type="checkbox"/> 近隣住民等の協力を得ることが困難な世帯 <input type="checkbox"/> 次の①から⑤のいずれかに該当する者がいる世帯 ①介護保険の要介護認定を受けている者 ②身体障害者手帳の交付を受けている者 ③療育手帳の交付を受けている者 ④精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 ⑤その他特に必要と認める世帯（病気、けが等で一時的に収集が必要な世帯）			
緊急連絡先	住所	〒 —	固定電話	
			携帯電話	
	ふりがな 氏名		関係	
			備考	

【同意書】

見守りふれあい収集の申請にあたり、収集条件に同意します。また、見守りふれあい収集利用の対象者の確認及び収集の決定について必要があるときは、利用者及びその世帯状況等に関する情報について、町の関係課に照会することを承諾するとともに面談及び自宅を訪問するなどの現況調査に同意します。

氏名 _____ (自署)