

(あて先) 高松市長

たかまつごみ出しサポート事業利用申請書

たかまつごみ出しサポート事業を利用したいので、次のとおり申請します。この申請に係る決定に必要な範囲において、公簿により世帯状況及び介護保険利用状況について確認することに同意します。

申請者 (利用希望者)	住 所				
	ふりがな		生年月日		
	氏 名		電 話		
	要介護認定状況		<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5		
	居宅サービス		<input type="checkbox"/> 利用中 (居宅・通所等サービスを含む) <input type="checkbox"/> 利用していない		
	申請代行者		住 所		
氏 名					
電 話					
申請者との続柄 (関係)					
世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 同居人あり				
	同居人	氏 名	生年月日	続柄	要介護認定状況
					<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5
					<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5
現在の 家庭ごみの 処理方法	排出先	<input type="checkbox"/> ごみステーション <input type="checkbox"/> 民間業者 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	排出方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (別居) <input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	支援状況	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス B <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他 ( )			
利用を希望する理由					

(裏)

緊急連絡先	1	住所			電話番号	
		ふりがな		続柄		
	氏名			続柄		
		住所				電話番号
	2	ふりがな		続柄		
		氏名			電話番号	
3	住所			電話番号		
	ふりがな		続柄			
氏名			続柄			

居宅介護支援等連絡先	事業所名	住所
	担当者氏名 (ケアマネジャー)	電話 FAX
	事業所名	
	担当者氏名 (ホームヘルパー)	電話 FAX

### 同意書

この申請に係る決定及びたかまつごみ出しサポート事業を行うために必要な限度において、市が保有するわたくしの個人情報を見直し、又は利用すること及び世帯の状況等について、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、たかまつごみ出しサポート事業における私の安否確認の目的の範囲内で、市の機関及び市の機関以外の機関に、私の住所、世帯員の氏名、電話番号、要介護度その他個人情報を提供することに同意します。

申請者氏名

\_\_\_\_\_  
※申請者本人が手書きしてください。

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。