

様式第1号（第4条関係）

（表）

我孫子市ひとり暮らし高齢者等ごみ出し支援ふれあい収集事業利用申込書

年 月 日

我孫子市長あて

住 所 _____
 (ふりがな)
 (申込者) 氏 名 _____
 電話番号 _____
 利用者との関係 _____

ふれあい収集事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用者	住 所				
	ふりがな		電話番号		
	氏 名				
	生年月日	年	月	日 (年齢)	
	要介護(要支援)認定	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定なし 申請中			
	障害の程度	障害 () 級			
同居者	ふりがな		利用者との関係		
	氏 名				
	生年月日	年	月	日 (年齢)	
	要介護(要支援)認定	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定なし 申請中			
	障害の程度	障害 () 級			
現在はごみ又は資源をどのように出していますか。					
ごみ又は資源を集積所まで出すことができない理由を記入してください。					

(裏)

【緊急連絡先】

1	住 所			
	ふりがな		続 柄	
	氏 名			
	電話番号	携帯	自宅	
2	住 所			
	ふりがな		続 柄	
	氏 名			
	電話番号	携帯	自宅	

備考 緊急連絡先（日中確実に連絡の取れる方）とすることについて、事前に上記の方から許可を得てください。

ひとり暮らし 高齢者等を介 護する者	種 別	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 相談支援員 <input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> その他（ ）
	事業所名	
	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	
	電話番号	

様式第1号の2（第4条関係）

我孫子市ひとり暮らし高齢者等ごみ出し支援ふれあい収集事業同意書

申込者はサービスを利用したい者を指します。本様式へ代理人が署名する場合は、申込者欄にサービスを利用したい者の氏名及び押印がなければ無効となります。

年 月 日

(申込者) 氏 名 _____ (印)

(同居者) 氏 名 _____ (印)

(代理人) 氏 名 _____ (印)

利用者との関係 _____

私は、我孫子市ひとり暮らし高齢者等ごみ出し支援ふれあい収集事業（以下「ふれあい収集事業」といいます。）の利用の申込みに当たり、次の事項について同意します。

- 1 ふれあい収集事業の利用の決定及び適正な実施のために必要な限度において、私の要介護認定若しくは要支援認定の情報又は障害に関する情報を生活衛生課長が高齢者支援課長又は障害者支援課長に照会し、提供を受けること及び私のふれあい収集事業の利用の状況の情報を生活衛生課長が高齢者支援課長又は障害者支援課長に提供すること。
- 2 ふれあい収集事業の利用の決定及び適正な実施のために必要な限度において、ごみ出しの状況その他の生活状況等に関する情報を市職員が介護サービス事業所又は障害福祉サービス事業所に照会し、提供を受けること。
- 3 我孫子市が作成した「ごみと資源の分け方出し方」に記載された方法により、ごみを適正に分別し、指定された時間及び場所に排出すること。
- 4 ごみ出しがない、かつ、声掛けに対して応答がない場合又は声掛けを希望しない利用者で2週間以上継続してごみ出しがない場合は、市職員が我孫子市ひとり暮らし高齢者等ごみ出し支援ふれあい収集事業利用申込書（様式第1号）に記載された緊急連絡先に連絡すること。
- 5 利用者が次の各号のいずれかに該当したときは、ふれあい収集事業の利用が中止されること。
 - (1) 偽りその他不正な手段によりふれあい収集事業の利用の決定を受けたことが判明したとき。
 - (2) 前号に掲げるもののほか、市長がふれあい収集事業を実施することが不適當であると認めるとき。