

枚 方 市 長

私(利用者)は、利用要件について、住民基本台帳等により、担当課において確認すること及び、下記の確認事項に同意し、ふれあいサポート収集を申し込みます。

ふれあいサポート収集申込書

(フリガナ) 利用者氏名	(電話)
	(生年月日) 年 月 日
利用者住所	枚方市
要件区分	<input type="checkbox"/> 介護保険法 要介護認定 要介護度 () <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法 身体障害手帳の等級(1級・2級) <input type="checkbox"/> 大阪府療育手帳 障害の程度(A) <input type="checkbox"/> 精神保健及び精神障害者福祉 精神障害者保健福祉手帳の等級(1級)
親族等の 連絡先	(氏名) (続柄)
	(住所)
	(電話)
収集希望区分	<input type="checkbox"/> 一般ごみ <input type="checkbox"/> ペットボトル・プラスチック製容器包装 <input type="checkbox"/> 空き缶、びん・ガラス類 <input type="checkbox"/> 古紙 <input type="checkbox"/> 粗ごみ <input type="checkbox"/> 大型ごみ
ケア マネージャー 連絡先	(事業所名) (担当者氏名)
	(所在地)
	(電話) (FAX)
ホーム ヘルパー 連絡先	(事業所名) (担当者氏名)
	(所在地)
	(電話) (FAX)

《 確認事項 》

- 1. 申込内容が要件を満たさない時は、ご登録できない場合があります。
- 2. 申込書を受け取り次第、担当課より事業所へご連絡いたします。
- 3. ご自宅にて事業所担当者同伴のもと面談をおこないます。
- 4. 面談時に「介護保険被保険者証」「身体障害者手帳」等のコピー1部、「居宅サービス計画書」1部のご提出が必要となります。
- 5. 本制度以外のことについては、原則対応ができませんので、あらかじめご了承ください。