

鎌倉市声かけふれあい収集実施申請書

受付番号		地図頁	P	—	—
------	--	-----	---	---	---

年 月 日

(あて先) 鎌倉市長

住所

ふりがな  
氏名

申請者

電話

収集実施世帯との関係

次のとおり申請します。

この申請に伴い、収集実施世帯は、住民登録・要介護認定等の個人情報を使用し、市職員による状況調査が行われることに、**同意**します。また、この申請情報を、市の清掃事業所管課が管理し、福祉事業に必要な範囲を限度として、福祉関連課等の関係機関に提供されることに**同意**します。

収集実施世帯住所	鎌倉市	自宅電話
		携帯電話

収集実施世帯の家族状況	氏名	年齢	介護度	介護保険被保険者証の被保険者番号				身体障害者手帳	精神障害者保健福祉手帳
				1	2	3	4		
世帯主	ふりがな	歳	要介護 ( )					級	級
	生年月日 年 月 日		要支援 ( )						
同居の家族	ふりがな	歳	要介護 ( )					級	級
	生年月日 年 月 日		要支援 ( )						
続柄	ふりがな	歳	要介護 ( )					級	級
	生年月日 年 月 日		要支援 ( )						

収集実施世帯区分 第3条第1号該当 第3条第2号該当 第3条第3号該当 第3条第4号該当 第3条第5号該当

添付書類 居宅サービスプランの写し(第1号、第4号) 身体障害者手帳の写し(第2号、第4号)  
サービス等利用計画の写し(第3号、第4号) 精神障害者保健福祉手帳の写し(第3号、第4号)  
医師の診断書又は関連各課、福祉機関若しくは民生児童委員等から提出される申立書(第5号) その他必要書類(第5号) ( )

申請理由

緊急連絡先1 調査立会 (どちらかに○) 有・無	住所(事業所にあつては所在地及び名称)	電話1
	ふりがな 氏名	電話2
		収集実施世帯との関係

緊急連絡先2 調査立会 (どちらかに○) 有・無	住所	電話1
	ふりがな 氏名	電話2
		収集実施世帯との関係

市使用欄