

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、ごみ収集事業及び福祉事業に必要な範囲を限度として、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									
		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					
収集実施世帯の家族状況		世帯主		ふりがな						要介護 ()						級		級			
				生年月日 年 月 日 歳																	
		同居の家族		続柄		ふりがな						要介護 ()						級		級	
						生年月日 年 月 日 歳															
		同居の家族		続柄		ふりがな						要介護 ()						級		級	
						生年月日 年 月 日 歳															
				ふりがな						要介護 ()						級		級			
				生年月日 年 月 日 歳																	
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									
												電話2									
		ふりがな氏名										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									
												電話2									
		ふりがな氏名										収集実施世帯との関係									
市使用欄																					