

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		世帯主		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					
				ふりがな																
				生年月日		年 月 日		歳		要介護 ()					級		級			
				生年月日		年 月 日		歳		要支援 ()										
		同居の家族		続柄		ふりがな				要介護 ()					級		級			
						生年月日		年 月 日		歳		要支援 ()								
続柄		ふりがな				要介護 ()					級		級							
				生年月日		年 月 日		歳		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		住所(事業所にあつては所在地及び名称)						電話 1												
調査立会 (どちらかに○) 有・無								電話 2												
		ふりがな						収集実施世帯との関係												
		氏名																		
緊急連絡先 2		住所						電話 1												
調査立会 (どちらかに○) 有・無								電話 2												
		ふりがな						収集実施世帯との関係												
		氏名																		
市使用欄																				