様式第１号（第４条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

伊豆の国市見守り安心ごみ出し事業利用申請書

年　　月　　日

　伊豆の国市長　宛て

（申請者）住所

氏名

電話番号

利用者との続柄

　伊豆の国市見守り安心ごみ出し事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　者 | 住所 | | □申請者と同じ | | | | | 電話 | | □申請者と同じ | | | | |
| 氏名 | | □申請者と同じ | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 区分 | | □要介護（要介護度　） | | | | □身体 | | | | □精神 | | □療育 | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 利用している  サービス | | | □デイ・デイケア　□ホームヘルプサービス　□訪問看護  □ショートステイ　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 緊急時  連絡先 | | 連絡先  １ | | 住所 |  | | | | | | | 利用者との関係 | |  |
| 氏名 |  | | | | 電話番号 | | |  | | |
| 連絡先  ２ | | 住所 |  | | | | | | | 利用者との関係 | |  |
| 氏名 |  | | | | 電話番号 | | |  | | |
| 担当ケアマネージャー又は計画相談員 | | | 事業所名 | | |  | | | | | | | | |
| 担当者氏名 | | |  | | | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | | | | |
| ごみ出しが  できない理由 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 私は、次の事項について同意・承諾します。  □見守り安心ごみ出し事業の利用に当たり、事業の実施に必要な限度において、市が保有する個人情報を当事業の委託業者に提供すること  □必要に応じて、市が現況調査すること  □利用者がごみを一定期間排出していない等の異変を感じたときは、市が緊急連絡先とされている者、担当ケアマネジャー等に連絡すること | | | | | | | | | | | | | | |