

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		電話	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	年	月 日
	区分	<input type="checkbox"/> 要介護（要介護度 ）		<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 療育
		<input type="checkbox"/> その他（ ）				
利用しているサービス	<input type="checkbox"/> デイ・デイケア <input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 必要に応じて、市が現況調査すること <input type="checkbox"/> 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						