

第1号様式（表面⇒裏面あり）

柏市ごみ出し困難者支援収集利用申込書

柏市長 あて

年 月 日

利用者	住所	〒 -					
	ふりがな			性別	生年	M T S H	年 月 日
	氏名			男・女	月日		
	電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-
	要介護認定 障害の程度等	<input type="checkbox"/> 要介護（ 3 ・ 4 ・ 5 ） <input type="checkbox"/> 障害の程度（ <input type="checkbox"/> 視覚障害__級 ・ <input type="checkbox"/> 肢体不自由__級 ） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 療育手帳__ ・ <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳__級）					
申請者	住所						
	ふりがな 氏名			連絡先 (電話)	- -		
	利用者との 関係	本人 ・ 介護関係者（事業所名： ） 親族（ ） ・ 近隣者（ ） ・ その他（ ）					
同居者	同居者 ①	ふりがな 氏名			続柄	生年	年 月 日
		現況	要介護区分（ ） ・ 身体障害者（ 視覚 ・ 肢体 級）				
	同居者 ②	ふりがな 氏名			続柄	生年	年 月 日
		現況	要介護区分（ ） ・ 身体障害者（ 視覚 ・ 肢体 級）				
緊急 連絡先	緊急 連絡先 ①	氏名			続柄	住所	
		電話①	- -		電話②	- -	
	緊急 連絡先 ②	氏名			続柄	住所	
		電話①	- -		電話②	- -	
現地確認の連絡 及び 書類の送付先	・利用者宛 ※希望する宛先に○を ・申請者宛 ・その他()						

収
受
印

※ 介護保険被保険者証若しくは障害者手帳等の写しを添付してください。

※ 後日、収集業務を行う南部クリーンセンターから現地確認の日程調整のお電話をさせていただきます。

