

(様式1)

吹田市安心サポート収集利用申込書

記入日を記入してください。 年 月 日

吹田市長 宛

申込者 (本人 代理人)

氏名 **事業ケアプランセンター 事業 千里**

親族、福祉担当職員、ヘルパー、民生委員などの代理申請もできます。

代理人の場合、本人との関係

住所 **吹田市泉町1丁目3番40号**

(**ケアマネジャー**)

電話番号 **6384-1231**

吹田市安心サポート収集実施要領第3条の規定により、次のとおり申し込みし

法人の場合は法人名及び担当者名を記入してください。

利用者	氏名	(フリガナ) スイタ ハナコ 吹田 花子	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 18 年 8 月 10 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年齢 (80) 才
	住所	吹田市 津雲台7丁目7番D138-101	電話番号 6832-0026

同居者がいない場合は空欄にしてください。

要介護 (**2**) 身体障がい (**1**) 級 精神障がい () 級

障がい () その他 ()

該当するものを全て記入してください。

同居者	氏名	(フリガナ) スイタ タロウ 吹田 太郎	続柄 夫	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 18 年 8 月 1 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年齢 (80) 才
	介護区分等の状況 ※1	要介護 () 身体障がい (2) 級 知的障がい () その他 (要支援1)	精神障がい () 級	

1. 福祉サービスの利用状況を記入してください。

ヘルパー 毎週月・金 10:00~11:00
テイサービス 毎週水 9:30~16:30
配食サービス

現在利用している福祉サービスについて記入してください。

該当するものを全て記入してください。

2. 現在、誰がどのようにごみを排出しているか記入してください。

親族がごみ出している。

3. サポート収集を申込まれた理由を記入してください。

親族がごみを出していたが、仕事の都合上継続が困難になったため。

その他の連絡先 ※2	氏名	(フリガナ) スイタ トモオ 吹田 友雄	続柄 子	電話番号 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場 6877-03** 携帯電話 090-6877-12**
	住所	吹田市佐竹台1丁目6番1号		
	氏名	(フリガナ) ジギョウ センリ 事業 千里	続柄 ケアマネ	電話番号 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 職場 6384-1231
	住所			

安否確認の連絡等を行います。利用者の状況を確認できる方2名を記入してください。介護事業所等も可能です。

※1 介護保険被保険者証の要介護状態区分、身体障害者手帳の障がい等級、精神障害者保健福祉手帳の障がい等級、療育手帳の障がいの程度その他介助又は介護を要する程度が分かる書類の写しを添付してください。

※2 利用者の状況をお聞きする場合があります。