

(様式1)

吹田市安心サポート収集利用申込書

年 月 日

吹田市長 宛

申込者 (本人 代理人) 氏名

代理人の場合、本人との関係 住所

() 電話番号

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ます。

利用者	氏名	(フリガナ)	生 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年齢 () 才		
	住 所	吹田市	電話番号		
	介護区分等の状況 ※1	要介護 () 身体障がい () 級 精神障がい () 級 知的障がい () その他 ()			
同居者	氏名	(フリガナ)	続 柄	生 年 月 日	
				<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	
				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年齢 () 才	
	介護区分等の状況 ※1	要介護 () 身体障がい () 級 精神障がい () 級 知的障がい () その他 ()			
1.福祉サービスの利用状況を記入してください。					
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。					
3.サポート収集を申込まれた理由を記入してください。					
その他の連絡先 ※2	氏名	(フリガナ)	続 柄	電 話 番 号	
				<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場	
				携帯電話	
	住 所				
	氏名	(フリガナ)	続 柄	電 話 番 号	
			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場		
			携帯電話		
	住 所				

※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。