

## 船橋市ふれあい収集事業現況届出書

年 月 日

船橋市長 あて

船橋市ふれあい収集事業の利用者について、下記のとおり現況を届出ます。

○本人の状況等について

|                   |          |                                                                            |        |    |     |                  |   |
|-------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------|--------|----|-----|------------------|---|
| 利<br>用<br>者       | ふりがな     |                                                                            |        |    |     | 年<br>齢           | 歳 |
|                   | 氏 名      |                                                                            |        |    |     |                  |   |
|                   | 生年月日     | 年 月 日                                                                      | 電<br>話 | 自宅 | ( ) |                  |   |
|                   |          |                                                                            |        | 携帯 | ( ) |                  |   |
| 住 所               | 〒<br>船橋市 |                                                                            |        |    |     |                  |   |
| 要介護認定<br>障害の程度等   |          | 要介護（1・2・3・4・5）<br>障害の程度等（ ）<br>その他（ ）                                      |        |    |     |                  |   |
| 同居者の有無            |          | <input type="checkbox"/> 同居者なし <input type="checkbox"/> 同居者あり（本人の他に、    人） |        |    |     |                  |   |
| 同居者ありの場合、<br>その状況 | ふりがな     |                                                                            |        | 続柄 | 年齢  | 要介護認定・<br>障害の程度等 |   |
|                   | 氏 名      |                                                                            |        |    |     |                  |   |
|                   |          |                                                                            |        | 歳  |     |                  |   |
|                   |          |                                                                            |        | 歳  |     |                  |   |

※介護保険被保険者証・障害者手帳等の写しを添付してください。

|                             |    |  |    |   |                                                         |  |
|-----------------------------|----|--|----|---|---------------------------------------------------------|--|
| 家族・親族の有無                    |    |  |    |   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |  |
| ありの場合は、その状況<br>(居住地が近い順に記載) | 続柄 |  | 住所 | 〒 |                                                         |  |
|                             | 続柄 |  | 住所 | 〒 |                                                         |  |

|                                 |  |                                                             |  |
|---------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|
| ホームヘルパーなど、介護・福祉サービスの利用状況        |  | <input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 利用あり |  |
| 利用ありの場合、<br>その状況（曜日、<br>時間、内容等） |  |                                                             |  |

|                                            |                                                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 現在、ご利用者（本人）は、ごみ収集ステーション<br>までごみを出すことができますか | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|

|                                                  |  |                                                            |
|--------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|
| (訪問介護等のサービスを利用している場合のみ)<br>ヘルパー等がごみ出しをすることができますか |  | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない |
| できない場合、その理由                                      |  |                                                            |

○地域の「たすけあいの会」の状況について

|                                                       |                                                                                                                         |                                                                                              |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| お住まいの地域で活動する「たすけあいの会」はありますか                           |                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない       |
| ある場合、「たすけあいの会」から、ごみ出しの支援を受けることができますか                  |                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない<br><input type="checkbox"/> わからない |
| たすけあいの会はあるが、<br><u>ごみ出し支援が受けられない場合</u><br><u>等の理由</u> | <input type="checkbox"/> ごみ出し支援は行っていない<br><input type="checkbox"/> ボランティアが少なく、対応できない<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |                                                                                              |

※不明の場合には、お住まいの地域の地区社会福祉協議会へお問い合わせください。

※「たすけあいの会」によるごみ出し支援が受けられる場合には、原則として「たすけあいの会」によるごみ出し支援が優先となります。

○届出書記入者について（本人の場合には、記入不要です。）

|           |         |   |
|-----------|---------|---|
| この届出書の記入者 | ふりがな    |   |
|           | 氏 名     |   |
|           | 住 所     | 〒 |
|           | 連絡先     |   |
|           | 利用者との関係 |   |

### ○書類の送付先について

|                                       |                                                                      |     |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----|
| ふれあい収集に関する今後の書類送付先<br>(各種通知文、現況確認書類等) | <input type="checkbox"/> 利用者の自宅 <input type="checkbox"/> 上記の届出書記入者あて |     |
|                                       | その他                                                                  | ( ) |

○連絡先の変更の有無について

|                                            |                                                                         |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <p>声かけに応答がないときや、ごみ出しが無いときの連絡先に変更はありますか</p> | <p><input type="checkbox"/> 変更あり      <input type="checkbox"/> 変更なし</p> |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

※変更がある場合には、別紙に新しい連絡先の①氏名②氏名かな③住所④電話番号⑤本人との関係を記入し、添付してください。