

船橋市ふれあい収集事業利用申込書

年 月 日

船橋市長 あて

船橋市ふれあい収集事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申込みます。

○申込者本人の状況等について

利用 申 込 者	ふりがな					年 齢	歳
	氏 名						
	生年月日	年 月 日	電 話	自宅	()		
				携帯	()		
住 所	〒 船橋市						

要介護認定 障害の程度等	要介護（1・2・3・4・5）	生活保護受給の有無	
	障害の程度等（ ） その他（ ）	□あり □なし	

同居者の有無	□ 同居者なし □ 同居者あり（本人の他に、 人）			
同居者ありの場合、 その状況	ふりがな	続柄	年齢	要介護認定・ 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				□ あり □ なし	
ありの場合は、その状況 （居住地に近い順に記載）	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		□ 利用なし □ 利用あり	
利用ありの場合、 その状況（曜日、 時間、内容等）			

現在はどうのごみを出し ていますか	
利用申込者（本人）がごみを ステーションまで排出できな い理由を記入してください	

○声かけについて

ふれあい収集時の声かけについて		□ 希望する □ 希望しない	
備考			

○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		☐ あり ☐ なし ☐ 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		☐ できる ☐ できない ☐ わからない
たすけあいの会はあるが、 ごみ出し支援が受けられない場合 等の理由	☐ ごみ出し支援は行っていない ☐ ボランティアが少なく、対応できない ☐ 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。

○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ついて

連 絡 先	①	ふりがな		本人との関係 ☐ 家族・親族（ ） ☐ 介護等に関わる者（ ） ☐ 近隣在住者 ☐ その他（ ）
		氏 名		
		住 所	〒	
		電 話	()	
	②	ふりがな		本人との関係 ☐ 家族・親族（ ） ☐ 介護等に関わる者（ ） ☐ 近隣在住者 ☐ その他（ ）
		氏 名		
		住 所	〒	
		電 話	()	

※①の連絡先に最初に連絡し、連絡が取れない場合に、②に連絡をします。

※連絡先の方に対しては、事前に連絡先に記入する旨の了解を得ておいてください。

○申込み代行者について（本人の申込みの場合には、記入不要です。）

申 込 代 行 者	申込み代行者が、上記の連絡先のいずれかと同じ場合、右欄に チェックしてください。 (その場合、下欄には氏名の記入のみでかまいません。)		☐ 連絡先①と同じ。 ☐ 連絡先②と同じ。
	住 所	〒	
	ふりがな		本人との関係
	氏 名		
	連絡先		

○書類の送付先について

書類送付先（各種 通知文、現況確認 書類等）	☐ 本人の自宅 ☐ 連絡先① ☐ 連絡先② ☐ 申込み代行者		
	その他	()	

※ふれあい収集の対象となった後、概ね1年ごとに、利用者が要件に該当しているか、現況の確認を行います。

同意書

私は、船橋市ふれあい収集事業の利用申込みをするにあたり、下記の事項に同意します。

- 1 ごみは「船橋市の家庭ごみの出し方」に記載された方法により適正に分別し、決められた場所及び時間に出すこと。
- 2 ふれあい収集の対象者要件の確認及び適正な実施を行うために必要があるときは、その必要がある限りにおいて、私及び私の同居者の要介護認定又は障害等級等の内容、ごみ出しの状況その他の生活状況等について、市の関係機関、関係団体、介護保険サービス事業所、障害福祉サービス事業所、生活支援コーディネーター及び民生委員等に対し、照会又は情報提供すること。
- 3 地域のたすけあいの会等のボランティア、ホームヘルパーその他の人からごみ出しについて支援が受けられるようになった場合には、当該支援が優先となること。
- 4 声かけに対して応答がない場合（声かけの希望がない場合には、ごみ出しがなく、声かけに対し応答がない場合）、市は本申込書に記載された連絡先に連絡すること。
- 5 屋内に立ち入っての収集は行わないこと。また、ふれあい収集以外のことについても行わないこと。
- 6 ふれあい収集の実施に際し、住宅や家財等を破損させた場合において、重大な過失がある場合を除き、市は責任を負わないこと。

年 月 日

利用申込者 _____ ㊞

（自署の場合は、押印不要）

（同居者ありの場合には、同居する全員の署名が必要です。）

同居者 _____ ㊞

同居者 _____ ㊞

（自署の場合は、押印不要）