

(宛先)湖西市長

次のとおり申請します。

記入日 年 月 日

申請者	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日 ( ) 歳
	排出困難理由	要介護( )・要支援( )・精神障害者保健福祉手帳( 級)・身体障害者手帳( 級)・療育手帳( 判定)・その他( )		
	認定の有効期限	年 月 日から 年 月 日まで ・ 期限なし		
	住所	湖西市 住宅分類(一戸建て・集合住宅) 管理人(有・無) オートロック(有・無) エレベータ(有・無)		
	T E L		F A X	
同居者①	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日 ( ) 歳
	排出困難理由	要介護( )・要支援( )・精神障害者保健福祉手帳( 級)・身体障害者手帳( 級)・療育手帳( 判定)・その他( )		
同居者②	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日 ( ) 歳
	排出困難理由	要介護( )・要支援( )・精神障害者保健福祉手帳( 級)・身体障害者手帳( 級)・療育手帳( 判定)・その他( )		
緊急連絡先①	ふりがな氏名		続柄	
	住所		T E L	(自宅) (携帯)
緊急連絡先②	ふりがな氏名		続柄	
	住所		T E L	(自宅) (携帯)
同意書				
ふれあい収集の利用にあたり、申請に係る決定に必要な限度及び利用の決定後に家庭ごみの収集を行うために必要な限度において、湖西市が保有する私に関する個人情報を読覧すること及び関係者に対し、私の世帯の状況を聴取することに同意します。				
申請者署名				
専門職意見欄	担当の地域包括支援センター職員や介護支援専門員、相談支援専門員などがある場合は、申請に対する意見の記入をお願いします。			
	事業所名：	氏名：	T E L：	

職員記入欄	受付年月日	年 月 日	受付担当課		受付者	
	訪問調査予定日時	年 月 日( ) :				
	特記事項					