【様式第１号】

豊田市長　様　（清掃業務課 FAX 71-3000）

豊田市ふれあい収集申請書

・認定を受けるため、市が必要な事項を調査、確認及び定期的な現況調査を行うことに同意のうえ申請いたします。

**・申請者は記載不可のため、　親族等　・　包括支援ｾﾝﾀｰ等　 が代理記載します。（○つけ）**

* 代理記載者は、下表内の「親族等」「包括支援ｾﾝﾀｰ等」どちらかに記載されている者に限る。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  氏　名 |  | | | | | 生年  月日 | | | 大・昭・平・令  　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 住　所 | 〒　　　－  豊田市 | | | | | 電話 | | | ０５６５－　　－ | | | | | | |
| 携帯 | | | －　　　　－ | | | | | | |
| 同居者 | １ 無　２ 有 （　　人）　同居者「有」：同居者名での申請書提出（必須） | | | | | | | | | | | | | | |
| 親族等  連絡先 | 氏名 |  | | | | | 電話 | | |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | 続柄 |  |
| 包括支援ｾﾝﾀｰ等連絡先 | | | 名称 |  | | | | 電　話 | | | | 0565－　　－ | | | |
| 住所 |  | | | | 担当者 | | | |  | | | |
| ※自動車等保有 | | | １ 有（種類：　　　　）　２ 無 | | | | | | | | | | | | |
| 集合住宅  (該当者のみ) | | | 集合住宅の共用部分の利用許可を取ってください。 | | | | | | | | | | | | |
| 住宅管理者名 | |  | | | | | | 電話 | |  | | |

* 自動車の所有は身体障がいに該当する方のために改造された車両のみ許容。

【要件】該当するものに「〇」をつけ、手帳等の「番号」を記載してください。下記要件に係る服薬の記載してください。該当要件が無い場合は、申請できません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護認定者  １号及び２号 | | 要支援２・ 要介護１・ 要介護２・ 要介護３・ 要介護４・ 要介護５  認定番号： | | |
| 障がい者 | 身体障  がい者 | 身体障がい者手帳の等級及び番号  等級（総合判定）：１級・２級・３級　番号：  種類：　肢体　１級・ ２級・ ３級　　視覚　１級・ ２級・ ３級  　　　その他（　　　　　　　）１級・ ２級・ ３級 | | |
| 精神障  がい者 | 精神障がい者保健福祉手帳等級及び番号  　　　等級：　１級 ・　 ２級　　番号： | | |
| 知的障  がい者 | 療育手帳  　　　判定：Ａ判定 ・ Ｂ判定　　番号： | | |
| 服薬 (要件関  連服薬を記載) | | 薬名　　　　　　　　　　錠　　回／日　　薬名　　　　　　　　　　錠　　回／日  薬名　　　　　　　　　　錠　　回／日　　薬名　　　　　　　　　　錠　　回／日 | | |
| 特記事項 | | 自治区名：　　　　　地区№ | 受付番号 |  |
| 受　付　印 | |

⦿　訪問調査の際、上記手帳等の原本確認をいたしますのでご用意ください。（コピー不可）

【問合せ先】清掃業務課　TEL ７１－３００３　　　　　　　　　　　《太枠内のみ記入》