

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	〒 ー 豊田市		電話	0565ー ー		
			携帯	ー ー		
同居者	1 無 2 有（ 人）同居者「有」： <u>同居者名での申請書提出（必須）</u>					
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ー ー	
	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者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「○」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	
特記事項	自治区名： _____ 地区No. _____			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》