

大牟田市 福祉収集利用申請書

大牟田市長 様

太枠の中の該当欄に記入してください

福祉収集利用申請者	氏名	フリガナ 印	電話	—	—
			携帯電話	—	—
	住所				
	生年月日	M . T . S . H 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女	
申請者の状況	<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1・2級 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級				
申請者世帯の状況	氏名	フリガナ 印	続柄		
	生年月日	M . T . S . H 年 月 日 (歳)			
	福祉収集の申請	<input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない			
		<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1・2級 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級			

※代理者が申請する場合は、以下の記入をお願いします。

代理人	氏名	フリガナ	申請者との関係			
	住所				電話	—
					携帯電話	—

※代理者がケアマネージャー又はヘルパーの場合は以下の記入をお願いします。

介護支援事業所	事業所名		電話	—	—
	所在地				
介護サービス事業所	事業所名		電話	—	—
	所在地				

※以下も記入してください。

大牟田市職員の面談調査において、世帯状況の確認及び個人情報を提供することに同意します。

申請者 _____

代筆者 _____

印

※担当職員が後日、面談の日程について電話でご連絡をさせていただきます。

※申し込み状況により、面談調査・収集開始までに数日かかる場合がございますので御了承ください。