

# 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
介護認定等の状況	<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						
同居者	氏名	フリガナ	印	続柄			
	生年月日	M . T . S . H		年	月	日 ( 歳 )	性別
	介護認定等の状況	<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					

※代理者が申請する場合は、以下を記入してください。

代理者	氏名	フリガナ	申請者との関係				
	住所				電話	-	-
					携帯電話	-	-

※介護支援事業所(ケアマネージャー)や介護サービス事業所(ヘルパー)の利用について、以下を記入してください。

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						

※個人情報の取扱いについて

大牟田市職員の訪問調査において、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、訪問調査の日程などについて電話でご連絡いたします。

※本申請は福祉収集利用を決定するものではありません。訪問調査に基づく審査によって利用の可否を決定いたします。

※申請状況により訪問調査や審査等に時間を要し、収集開始までに数週間かかる事がありますので、ご理解をお願いいたします。