

送信先 山口市清掃事務所

※受付No.

ごみ出し支援事業 申込事前確認書

令和 年 月 日

(チェックしてください)

- 以下について、自助・互助・共助によるごみ出しが困難なため、ごみ出し支援事業の利用を希望します。
- 以下の内容の個人情報の山口市への提供について、利用希望者から同意を得ています。

支援者又は介護事業者・福祉事業者

支援者	(名称)		(電話番号)	
	(住所)			
	(利用希望者との関係)	(氏名)	(電話番号)	
ホームヘルプサービス又は障害福祉サービス	サービス提供内容	買い物・炊事・掃除・洗濯・通院介助・同行援護・行動援護・移動支援その他()		
	サービス提供日時	週 回 (月・火・水・木・金・土・日) 時間帯 : ~ :		
	サービス提供事業所	(名称)	(電話番号)	
		(住所)		

利用希望者

ふりがな			住所	山口市 マンション・アパート名	TEL(- -)
氏名					
生年月日	T・S・H 年 月 日生 (歳)				
障害等級	障害支援区分(1・2・3・4・5・6) / 手帳(身体・精神・療育)(種 級)				
介護認定	なし	あり	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
同居人の有無	なし	あり	(続柄)	(氏名)	(要介護度・障害支援区分)
居住状況	一戸建て ・ 集合住宅(階)				
	(エレベーター)	あり ・ なし	(オートロック)	あり ・ なし	
周辺状況	(ごみステーションまでの距離)		約 m	(急な階段、坂道)	あり ・ なし

※下記について出来るだけ詳しくご記入ください。

現在のごみ出しの状況	<input type="checkbox"/> 自分で(自助) <input type="checkbox"/> 家族で(自助) <input type="checkbox"/> 民間事業者で(自助) <input type="checkbox"/> 近隣の方で(自治会等含む)(互助) <input type="checkbox"/> NPO/ボランティアで(互助) <input type="checkbox"/> 介護保険サービスで(共助) <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスで(共助) <input type="checkbox"/> その他() 今までのごみ出し状況の上記内容を具体的に記入してください []				
今回、ごみ出しが困難となる理由	自治会のごみ集積所等の利用の可否 (可能 ・ 困難) 困難な理由: ごみ出しが困難な上記内容を状態像が分かるように、具体的に記入してください []				
ご家族・ご親類の状況	いない	いる	(続柄)	(氏名)	(電話) - -
			(住所)		
ご家族や近隣の方などにごみ出しをサポートしてもらえない理由					

※FAXが届きましたら、記載内容を確認させていただき、後日支援者様にご連絡いたします。