

高齢者等ごみ出し支援事業の利用にかかる確認書

対象者の氏名		作成日	
生年月日		世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし
住所			<input type="checkbox"/> 同居人あり () 人

介護サービス・障害福祉サービスの利用状況等	※該当するものすべてを選択・記入してください
<p>【介護認定・手帳等】</p> <p><input type="checkbox"/> 要介護認定 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 障害者手帳 ()</p> <p>【介護保険】訪問介護サービス利用の有無（生活援助）</p> <p><input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない</p> <p>↳ 頻度 _____ 週 _____ 回</p> <p>内容 _____</p> <p>事業所名 _____</p> <p>連絡先 _____</p> <p>【障害福祉】障害福祉サービス利用の有無（居宅介護）</p> <p><input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない</p> <p>↳ 頻度 _____ 週 _____ 回</p> <p>内容 _____</p> <p>事業所名 _____</p> <p>連絡先 _____</p>	

高齢者等ごみ出し支援事業の利用を必要とする理由	
※当事業の対象要件として、①～③のすべてに該当することが必要です。	
<input type="checkbox"/> ① 自分で地域のごみ集積所へのごみ出しが困難 <input type="checkbox"/> ② 家族や親族、他の人からの協力を得られない <input type="checkbox"/> ③ 介護保険サービス・障害福祉サービス等によるごみ出し支援を受けられない <small>※③については、複数のサービス事業者との調整をお願いします。</small>	

【確認者の意見】	※上記①～③について、ごみ出しが困難な理由や対象者・世帯等の状況、特に介護・福祉サービスが利用できない理由等を具体的に記載してください

【作成事業所】			
事業所名		電話 番号	
所在地			
担当者 (確認者)		職名	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー
			<input type="checkbox"/> 相談支援専門員
			<input type="checkbox"/> その他 ()

※高齢者等ごみ出し支援事業の利用開始後、ごみが排出されていない場合や現況を確認する際には、市から上記サービス提供事業者や確認者（ケアマネジャー、相談支援専門員等）に連絡をする場合があります。