

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	草津 太郎	作成日	令和8年 1月 1日
生 年 月 日	1954年10月15日	世 帯 状 況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし
住 所	草津市草津三丁目13番30号		<input checked="" type="checkbox"/> 同居人あり (1) 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	
【介護認定・手帳等】			
<input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定	(要介護2)
<input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳	(身体障害者手帳 ○○5級)
【介護保険】訪問介護サービス利用の有無（生活援助）			
<input checked="" type="checkbox"/> 利用している	<input type="checkbox"/> 利用していない		
頻度	1 週	2 回	
内容	掃除		
事業所名	事業所××		
連絡先	077-xxxx-xxxx		
【障害福祉】障害福祉サービス利用の有無（居宅介護）			
<input type="checkbox"/> 利用している	<input type="checkbox"/> 利用していない		
頻度	週	回	
内容			
事業所名			
連絡先			
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 checked="" type="checkbox"/> ①	自分で地域のごみ集積所へのごみ出しが困難		
<input checked="" type="checkbox"/> ②	家族や親族、他の人からの協力を得られない		
<input checked="" 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		
※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。			
【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	
<p>本人および妻は杖を突いて移動しており、ごみ捨て場までごみを持って行くことが困難。</p> <p>また、子は県外に在住でごみ出しの支援ができない。</p> <p>併せて、複数の介護サービス事業所をあたったものの、ごみ捨ては早朝の対応になることから、ヘルパーでは対応が不可能なため。</p>			
【作成事業所】			

事業所名	事業所××	電話番号	077-xxxx-xxxx
所在地	草津市草津×丁目××番××号		
担当者 (確認者)	××	職名	<input checked="" 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。