

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 <input checked="" type="checkbox"/> 同居人あり (1) 人
住所	草津市草津三丁目13番30号		

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 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)</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 checked="" type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない</p> <p>→ 頻度 1週 2回</p> <p>内容 掃除</p> <p>事業所名 事業所××</p> <p>連絡先 077-×××-×××</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。	
<p><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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ② 家族や親族、他の人からの協力を得られない</p> <p><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</p> <p>※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。</p>	
【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-×××-×××
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。