

別記

様式第1号（第4条関係）

提出日を記入してください。

高齢者等ごみ出し支援事業利用申請書

令和8年 1月 1日

草津市長 宛

申請者ご本人について
記入してください。

申請者

住所 草津市草津三丁目13番30号

氏名 草津 太郎

電話番号 077-〇〇〇-〇〇〇〇

申請内容確認のご連絡
をする可能性があります。
ご対応可能な方を
記入してください。

申請に関する連絡先

氏名 草津 たび丸 続柄（子）

電話番号 080-△△△-△△△

草津市高齢者等ごみ出し支援事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

| | | | | | |
|---|---|-------------|-----------------------------|--|-----------------------------|
| 申請者 | ふりがな | くさつ たろう | | 生年 | 昭和29年10月15日 |
| | 氏名 | 草津 太郎 | | 月日 | （ 71 歳） |
| | 要介護認定 | 2 | ・ 3 | ・ 4 | ・ 5 () |
| | 障害者手帳 | 有 | ・ 無 | (身体 5 級/ 精神 級/ 療育 級) | |
| 同居者 | 氏名 | 草津 花子 | 続柄 | 介護認定、障害者手帳の状況 | |
| | 生年月日 | 昭和29年10月15日 | 妻 | 要介護認定 (2) | |
| | 同居人がいる場合は記入してください。 独居の方の場合は記入不要です。 | | | 障害者手帳 () | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 要介護認定 () | |
| | ごみ集積所までの距離 | 約 50 m | 急な階段、坂道 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 現在のごみ出しの状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 利用者・同居者 <input type="checkbox"/> 別居の親族 <input type="checkbox"/> 介護・福祉サービス <input type="checkbox"/> 近隣の協力者 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| ごみ出しが困難な理由 ※親族や近隣等の支援が 得られない理由を含む | <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 外出困難 <input checked="" type="checkbox"/> 持ち運び困難 <input type="checkbox"/> その他 具体的な理由： 〔 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。 〕 | | | | |
| 住居形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 戸建て | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 集合住宅 | エレベーター | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| | | オートロック | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 特記事項 | | | | | |

【居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）や相談支援専門員等】

| | | | | | |
|---------|---------------------------------|------|----|--|-------------|
| 事業所名 | 事業所×× | 担当者名 | ×× | 電話番号 | 077-××× |
| 事業所名 | 申請者の安否確認ができない等、緊急時の連絡先をご記入ください。 | | | 居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）や相談支援専門員等がいる場合は記入してください。 | |
| 【緊急連絡先】 | | | | | |
| 氏名 | 草津 たび丸 | 続柄 | 子 | 電話番号 | 080-△△△-△△△ |
| 氏名 | | 続柄 | | 電話番号 | |

【声かけ（見守り）について】

ごみを出していない場合は、声かけや必要に応じて上記の緊急連絡先

コミュニティ支援型を利用の場合は記入してください。

【コミュニティ支援型ごみ出し支援の場合】

ごみを出している場合の声かけの希望 (希望する · 希望しない)

【団体名称等】※コミュニティ支援型ごみ出し支援の場合、団体が記入ください。

| | | | |
|-----|-------|------|-----|
| 団体名 | 支援団体名 | 登録番号 | 000 |
|-----|-------|------|-----|

【添付書類】

- 高齢者等ごみ出し支援事業の利用にかかる確認書
- 介護保険被保険者証または対象要件に該当する障害者手帳の写し
- 居宅サービス計画書（第2表）または障害福祉サービスの利用計画等の写し
- 収集場所が分かる位置図

コミュニティ支援型を利用の場合は記入してください。

【同意欄】

ここに記載している全ての資料の提出が必要です。

草津市高齢者等ごみ出し支援事業の利用にあたり、下記の事項について同意します。

- 1 本申請に係る審査や事業の実施に必要な場合に限り、住民基本台帳の情報ならびに介護認定、障害者認定等の関係法令に基づく認定、サービス状況について市が閲覧・確認をすること。
- 2 草津市高齢者等ごみ出し支援事業実施要綱第3条に規定する要件に変更があった場合は市に届け出ること（ただし、引き続き第3条に規定する要件に該当する場合を除く）。また、利用の休止や再開をする場合は、速やかに市または団体に連絡をすること。
- 3 住居や家財等を破損させた場合、重大な過失がある場合を除き、市や団体は責任を負わないこと。
- 4 本申請について、< 草津 たび丸 氏 (親族 ケアマネジャー 相談支援専門員 上記の団体 その他 () > が提出を代行すること。

- 【コミュニティ支援型ごみ出し支援の場合】
- 5 本申請に係る高齢者等ごみ出し支援事業の利用にあたり、下記の事項について同意します。

申請者本人が申請をされる場合、4は記入不要です。

付すること。

【直接支援型ごみ出し支援の場合】

- 6 集合住宅等の場合、収集箱の設置場所について、あらかじめ管理者の承諾を得ていること。また、オートロックの外側に収集箱を設置すること。

令和8年 1月 1日

申請者氏名 草津 太郎

【市処理欄】

| 受付日 | 要件 | 利用決定 |
|-----|---|--|
| | <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 可 · <input type="checkbox"/> 否 () |