

(様式第1号)

「ふれあい収集」申請書

(あて先)旭川市長 (クリーンセンター)

年 月 日

対象者	ふりがな		固定電話				
氏名				携帯電話			
住所	旭川市						
生年月日	年 月 日生	歳	家族構成	独・有 ()			
家族構成	独居以外の方は同居されている方(入院中・入所中含む)の申請書が必要です						
介護区分 支援区分		介護認定有効期間 支給決定期間	年 月 日から	年 月 日			
障害等級	種 級	障害者手帳交付月日	年 月 日交付				
障害名							
緊急連絡先	氏名		固定電話		携帯電話		
	住所				関係		
地域包括支援センター・居宅介護支援事業所名 相談支援事業所・訪問介護事業所名							
担当者名			電話番号		FAX番号		
曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
訪問介護 事業所名							
訪問時間	～	～	～	～	～	～	～
通所・訪看 事業所名							
時間	～	～	～	～	～	～	～
対象者身体状況							
※分別については旭川市の分別方法とする。 ※収集方法は玄関内収集を基本とする。							
				申請者	_____		
上記状況により「ふれあい収集」を申請します。代筆者				_____			