（様式第1号）

「ふれあい収集」申請書（介護保険利用者用）

記載例

（あて先）旭川市長　（クリーンセンター）

令和〇年〇月〇〇日

対象者	ふりがな	あさひかわ　はなこ		固定電話	36－2213
氏　名	旭　川　花　子			携帯電話	080－1234－5678
住　所	旭川市△△条△△丁目△番△号　〇〇〇マンション1F101号				
生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日生	〇〇歳	家族構成	独・(有)　（夫　太郎）	
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	要介護　1	介護認定有効期間 支給決定期間	R〇年〇月〇日から　R〇年〇〇月〇〇日		
障害等級	1種　3級	障害者手帳交付月日	平成〇〇年〇月〇〇日交付		
障害名	脳梗塞による左上肢機能の全廃　左下肢の著しい障害				

緊急連絡先	氏　名	旭　川　愛　子	固定電話	12－3456	携帯電話	090－2345－6789
	住　所	旭川市△△条△△丁目△番△号			関　係	長　女

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			あいうえお居宅介護支援事業所			
担当者名	北海道　広　子		電話番号	13－9876	FAX番号	13－9877

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	ヘルパーステーションかきくけこ		ヘルパーステーションかきくけこ		ヘルパーステーションかきくけこ		
訪問時間	9時～10時	～	9時～10時	～	9時～10時	～	～
通所・訪看事業所名		はひふへほデイサービス	なにぬねの訪問看護	はひふへほデイサービス		はひふへほデイサービス	
時間	～	9時～17時	13時～14時	9時～17時	～	9時～17時	～

対象者身体状況（身体状況・生活状況を詳しく記入してください）

※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　旭　川　太　郎

上記状況により「ふれあい収集」を申請します。　代筆者　北海道　広　子