

(様式第1号)

# 「ふれあい収集」申請書 (障害福祉サービス受給者用) 記載例

(あて先)旭川市長 (クリーンセンター)

令和〇年〇月〇日

対象者	ふりがな	あさひかわ たろう	固定電話	36-2213
氏名	旭川 太郎		携帯電話	080-1234-5678
住所	旭川市△△条△△丁目△番△号 ○○○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 ( )
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	障害支援 3	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	脳梗塞による右上肢機能の全廃 右下肢の著しい障害					
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	障害者総合相談支援センター やゆよ						
担当者名	道北 広夫		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 道北 広夫