



様式第1号

所沢市ふれあい収集利用（更新）申請書兼利用者台帳

利用者番号

（宛先） 所沢市長

所沢市ふれあい収集実施要綱第6条の規定により申請します。また、本申請に伴い市が保有する申請者（利用者）及び同居人に関する個人情報を読覧、確認することを承諾します。

受付クリーンセンター
（東部・西部）

受付番号

新規・更新

申請年月日	年 月 日		
申請者 (利用者)	氏名	ふりがな ----- Ⓜ	電話番号
	住所	所沢市	
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
	同居人の有無 と状況	有・無	有の場合 該当に○
1. 介護保険制度で要支援2以上の認定を受けている65歳以上 2. 2級以上の身体障害者手帳を所持している 3. その他()			

代理申請者 及び緊急連 絡先	氏名	ふりがな ----- Ⓜ	電話番号
	住所	申請者との関係	
	※緊急連絡が可能な電話番号（携帯電話等）		

その他 緊急連絡先	氏名	ふりがな ----- Ⓜ	電話番号
	住所	申請者との関係	
	※緊急連絡が可能な電話番号（携帯電話等）		

介護区分	要介護	要支援2	介護保険被保険者証・番号
介護認定	認定日	年 月 日	
	有効期間	年 月 日から 年 月 日	

障害等級	種 級	身体障害者手帳交付年月日	年 月 日 交付 年 月 日 再交付
------	-----	--------------	-----------------------

※裏面も記入してください



ごみ集積所まで排出できない理由を記入してください。

福祉サービス等の利用状況

利用曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
ヘルパー 訪問介護事業者名							
時間	～	～	～	～	～	～	～
デイサービス 通所介護事業者名							
利用時間	～	～	～	～	～	～	～
その他							

①ふれあい収集の利用（更新）決定後に、対象者でなくなったときや、虚偽の申込みであることが判明した場合には、利用を取り消しとします。

②確認の為、関係機関に問合せをすることがあります。