

# 泉佐野市ふれ愛収集利用申込書

令和 年 月 日

泉佐野市長 殿

(申込者) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
利用者との関係 \_\_\_\_\_

泉佐野市ふれ愛収集実施要綱第二条の対象世帯に該当しますので、次のとおり申し込みます。

利用対象世帯の状況	住所	泉佐野市		電 話		
		氏 名		福祉サービスの利用状況等		
	世帯主	ふりがな 氏 名		要介護区分		通院(所)曜日
		生年月日 ( 歳 )		障害者手帳の等級		
	同居の親族	続柄	ふりがな 氏 名		要介護区分	通院(所)曜日
			生年月日 ( 歳 )		障害者手帳の等級	
		続柄	ふりがな 氏 名		かかりつけ医	通院(所)曜日
			生年月日 ( 歳 )		障害者手帳の等級	
	ごみを排出できない理由を書いてください。					安否確認の希望
	現在のごみの排出方法(だれが、どこへ、どのようにして出しているか)を簡単に書いてください。					する しない
介護等福祉サービスの利用状況を書いてください。						
介護事業者等関係機関	事業所名		電 話			
	所在地		担当者名			
	事業所名		電 話			
	所在地		担当者名			
親族等連絡先	住所		電 話			
	ふりがな 氏名		携帯電話			
	住所		対象世帯との続柄			
	ふりがな 氏名		携帯電話			

## 同 意 書

私は、ふれ愛収集を利用するにあたり、申し込みに対して行う決定に必要な限度及び可否の決定後収集を行うために、必要な限度において泉佐野市が保有する私に関する情報を閲覧すること、また、地域包括支援センター等その他の関係機関と、私の個人情報を共有することを同意します。

氏 名 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_