

高齢者等ごみ出し支援事業受付シート

氏名（世帯主）		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	武蔵村山市		
受付日	令和 年 月 日	要介護度（認知症度）	
申請者（電話）			

1 家族構成 独居 高齢者家族 障害者家族

2 ごみ出しカレンダー有無 ある ない わからない

3 現在のごみ出しの状況：

3 ごみ出し希望内容（種別・回数等）

月		木	
火		金	
水			

4 他の方法 ある 頼めばある ない

5 他の福祉サービスの利用 なし あり（下記へ記入してください）

ヘルパー（月 火 水 木 金 土 日 ）

デイサービス（月 火 水 木 金 土 日 ）

6 使用する容器 ふた付きバケツ 丈夫なエコバック

7 日常生活における確認事項

認知症の症状あり

8 その他打ち合わせ事項

面接時に対応する者(本人 ケアマネ 家族)

9 この申込に応答する者

ケアマネ（担当者： TEL：)

ヘルパー（)

その他（)

10 ごみバケツにごみを入れる対応をするのはどなたですか。

本人 ヘルパー

※ 詳細な状況を記録する場合は裏面を利用すること。