

# 池田市指定ごみ袋の福祉配布申請書

年 月 日

池 田 市 長 様

申請者住所：

申請者氏名： 続柄（ ）

電 話 番 号： ー

池田市指定ごみ袋の福祉配布に関する要綱第3条第4号の規定に基づき、指定ごみ袋福祉給付券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請に際し、介護保険申請で提出した主治医意見書及び認定調査票の個人情報を提供することに同意します。

対 象 者	住 所	池田市	電 話		
	氏 名	(ふりがな)	男・女	生年月日	明・大・昭・西暦 ・
要介護認定		要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
日常生活の状態		<input type="checkbox"/> 在宅で生活している <input type="checkbox"/> 紙おむつなどを常時使用している <b>※入院・施設等に入所されている方は対象外です。</b>			
確認事項 (市記入欄)		主治医意見書 <input type="checkbox"/> 尿失禁あり <input type="checkbox"/> 尿失禁なし			
		認定調査票 <input type="checkbox"/> 特記事項あり <input type="checkbox"/> 特記事項なし			
		上記事項にて確認できない場合 <input type="checkbox"/> 認定情報提供書等の添付			

担 当 課 確 認 欄	
課 長	担 当