様式第3号(第5条関係)

受　付　欄

河内長野市ふれあい収集申請内容等変更届出書

河内長野市長様

年　　月　　日

届出者(本人 ・ 代理人)　住　所
代理人の場合本人との関係　氏　名
(　　)　電話番号　　(　　)

河内長野市家庭ごみふれあい収集実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

住　　所	河内長野市	電話番号	(　　)

主たる対象者	生年月日(歳)	現在の状況、その他特記事項
	大・昭・平・令 年　月　日 (　歳)	介護保険認定区分　要介護(1・2・3・4・5) 要支援(1・2)→介護サービス利用(有・無) 身体障害者(1級 ・ 2級) 療育手帳の判定(A)　精神障害者(1級) 一時利用（病気・けが・妊娠） その他、特に必要と認める者(　　)

世帯員・同居者

氏　　名	生年月日(歳)	現在の状況、その他特記事項
	大・昭・平・令 年　月　日 (　歳)	介護保険認定区分　要介護(1・2・3・4・5) 要支援(1・2)→介護サービス利用(有・無) 身体障害者(1級 ・ 2級) 療育手帳の判定(A)　精神障害者(1級) 一時利用（病気・けが・妊娠） その他、特に必要と認める者(　　)
	大・昭・平・令 年　月　日 (　歳)	

変更事項	□　住所　□　氏名　□　世帯員・同居者の状況　□　要介護度・要支援認定区分 □　身体障害等級　□　療育手帳の判定　□　精神障害等級　□　連絡先(本人以外の方) □　その他　　具体的に：(　　)

変更の理由：

＜変更に必要な添付書類＞
・介護保険認定区分を変更される方：介護保険被保険者証の要介護・要支援状態区分が分かる箇所の写し
　※要支援1又は2で介護サービスを利用していない方は、必要な理由を明記した医師の意見書が必要です。
・身体障害者手帳で届出される方：身体障害者手帳の障害等級が分かる箇所の写し
・療育手帳で届出される方：療育手帳の等級が分かる箇所の写し
・精神障害者保健福祉手帳で届出される方：精神障害者保健福祉手帳の障害等級が分かる箇所の写し
・妊娠による一時利用で届出される方：母子健康手帳の交付日が分かる箇所の写し
・病気やけがによる一時利用で届出される方：利用期間を明記した医師の意見書

同　意　書

私は、河内長野市ふれあい収集を利用するにあたり、申請にかかる決定に必要な限度及び可否の決定後に家庭ごみの収集を行なうために必要な限度において、河内長野市が保有する私に関する情報を閲覧し、使用することに同意します。

住所

名前