様式第1号(第5条関係)

年　　月　　日

阿見町長　　　　　様

申請者　住所

氏名

電話

阿見町高齢者等ごみ出し支援事業利用申請書

阿見町高齢者等ごみ出し支援事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 | |  | | | | |
| ふりがな | |  | | 申請者  との関係 | | □　本人  □　(　　　　　) |
| 氏名 | |  | |
| 電話番号 | | 固定電話：　　　(　　　)  携帯電話：　　　(　　　) | | 生年月日 | | 年　　月　　日  (年齢　　　歳) |
| 世帯状況  ※1 | ふりがな | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日  (年齢　　　歳) |
| 氏名 | |  | |
| ふりがな | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日  (年齢　　　歳) |
| 氏名 | |  | |
| 事業利用  の理由 | □　要介護状態にあるため  □　身体障害者手帳の交付を受けているため  区分：視覚(　　　)級／肢体不自由(　　　)級 | | | | □　その他特別の理由  理由： | | |
| 添付書類  ※1 | □　利用者の身分を証する書類(運転免許証等)  □　事業利用の理由が分かる書類(要介護状態、障害程度等級等の分かる書類)  □　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 緊急連絡先  ※2 | ① | 氏名 | | (利用者との関係：　　　　　　　) | | | |
| 連絡先 | | 住所： | | 電話番号：　　　(　　　) | |
| ② | 氏名 | | (利用者との関係：　　　　　　　) | | | |
| 連絡先 | | 住所： | | 電話番号：　　　(　　　) | |

※1　世帯状況の記入及び添付書類の添付は、裏面の同意書に同意いただける場合は不要です。

【裏面に続きます。】

※2　個人情報となるため、必ず緊急連絡先の方に同意を得てから記入してください。

|  |
| --- |
| 同意書  私は、阿見町高齢者等ごみ出し支援事業の利用にあたり、次の事項に同意します。  1　利用申請内容の確認及び適正な事業の実施において必要がある部分に限り、利用者及び世帯員の要介護状態、障害者手帳の交付状況、生活の実態等について、町の関係機関、収集業者、関係団体、介護保険サービス事業所、障害福祉サービス事業所、生活支援コーディネーター、民生委員等に対し、照会又は情報提供すること。  2　利用者に異状が認められた場合は、町又は収集事業者が緊急連絡先に連絡をすること。  3　指定回収場所に適正に排出されたごみ以外のごみの収集は行われないこと。  4　町が貸与した容器を紛失し、又は損壊したときは、買換えに要する費用の一部又は全部を負担する場合があること。  年　　月　　日  利用者氏名  (代理人氏名　　　　　　　　　　　　　) |

※代理人による申請である場合は、必ず利用者本人の同意を得たうえで記入すること。