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

**裏面へ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住所 |  | 申請者との関係 | * 本人
* (　　　　　 )
 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　 　月　　 日(年齢　　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 現況 | * 要介護認定(　　　　　)
* 障害等級(　　　　　　)
* その他(　　　　　　　)
 | 世帯状況 | * ひとり暮らし
* 同居人あり

(　　 　人)※利用者を除く |
| 電話番号 | 固定電話：090　-　　 　-56携帯電話：090　-　　 　-5678 |
| 同居人 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　 　月　　 日(年齢　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 現況 | * 要介護認定(　　　　　)
* 障害等級(　　　　　　)
* その他(　　　　　　　)
 | 利用者との関係 |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　 月　 　日(年齢　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 現況 | * 要介護認定(　　　　　)
* 障害等級(　　　　　　)
* その他(　　　　　　　)
 | 利用者との関係 |  |
| ごみを集積所まで排出することが出来ない理由 |
| 福祉サービスの利用状況 |  |
| 要介護等認定期間 | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日　まで |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | 緊急連絡先① | 緊急連絡先② |
| 住所 |  | 住所 |  |
| 氏名 | 申請者との関係 | 氏名 | 申請者との関係 |
|  |  |  |  |
| 電話番号 | 固定電話：090　-　　 　-携帯電話：090　-　　 　-6 | 電話番号 | 固定電話：090　-　　 　-携帯電話：090　-　　 　- |

|  |
| --- |
| 同意書私は、阿見町高齢者等ごみ出し支援事業の利用申請をするにあたり、次の事項に同意します(代行申請の場合は本人及び後見人等の意思を確認のうえ同意します。)。1　高齢者等ごみ出し支援事業の対象要件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、私及び私の同居者の要介護認定又は、障害等級、ごみ出しの状況、生活の状況などについて、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　ごみ出しがなく呼び出しても応答のないときは、町が、本申請書に記載された緊急連絡先に連絡すること。3　町が、屋内に立ち入っての収集は行わないこと。また、ごみ収集以外の業務は行わないこと。4　高齢者等ごみ出し支援事業の実施にあたり、住居や家財等を破損させた場合において、重大な過失がある場合を除き、町は責任を負わないこと。※同居者がいる場合においても、本書により同居者の同意も得たものとします。　　　年　　月　　日利用者氏名　　　　　　　　　　　　　（代理人氏名　　　　　　　　　　　　　） |