

様式第1号（第5条関係）

高齢者等ごみ出しサポート事業利用申請書

年 月 日

西脇多可行政事務組合管理者 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 生年月日 _____
 電話番号 _____

届出者（申請者本人が届け出る場合は記入不要）
 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____
 申請者との関係 _____

高齢者等ごみ出しサポート事業による戸別収集を利用したいので、西脇多可行政事務組合高齢者等ごみ出しサポート事業実施規程第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、当該事業の利用の可否を決定するために、私の世帯の住民登録資料、要介護状態区分・障害支援区分の認定状況等について、関係機関に調査、照会、閲覧することに同意します。

また、ごみの搬出状況、声掛けの応答状況について、関係機関に情報提供することに同意します。

申請者の状況	1 65歳以上で、介護保険サービスの訪問介護を利用して <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない （利用している訪問介護事業所名：_____）				
	2 障害福祉サービスの居宅介護を利用して <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない （利用している居宅介護事業所名：_____）				
	3 要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 2、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 5 障害支援区分 <input type="checkbox"/> 2、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 5、 <input type="checkbox"/> 6				
	4 近隣住民等で、ごみ出しに協力してくれる人が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない				
	5 その他特別な事情 _____				
同居人の状況	同居人が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない				
	同居人氏名	続柄	生年月日	要介護状態区分	障害支援区分
			年 月 日(歳)		
声掛けの希望	戸別収集時の声掛けを希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない				
	連絡先	氏名	続柄	電話番号	備考
	※声掛けの希望の有無に限らず使用します。				