世羅町ごみ出しサポート収集事業利用申請書

年　　月　　日

（宛先）世羅町長

申請者（世帯主）　住　　所　世羅郡世羅町大字

　　　氏　　名

電話番号

　　　世羅町ごみ出しサポート収集事業実施要綱第３条の規定により、次のとおり申請します。なお、事業の実施に関して必要な場合、世羅町が保有する申請者とその世帯員に関する個人情報を閲覧、使用、又は、関係者から意見を聴取することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯員の状況 | ふりがな  氏　名 | | 続柄 | | 年齢 | 要介護度、障害等級等 | | | |
|  | | 本人 | |  |  | | | |
|  | |  | |  |  | | | |
|  | |  | |  |  | | | |
| 緊　急  連絡先 | 住　所 | | | | 氏名（申請者との関係） | | | 電話番号 | |
|  | | | | （　　　　　　） | | |  | |
|  | |
|  | | | | （　　　　　　） | | |  | |
|  | |
| ごみをごみステーションまで持ち出すことができない理由 | | | | | | | | | |
| 現在のごみ出し方法（利用しているごみステーション名など） | | | | | | | | | |
| ごみが出ていない時の声掛け希望  □　希望する（方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　※不在にするときは、町へ連絡が必要です。  □　希望しない | | | | | | | | | |
| 保健福祉サービスの  利用状況 | | 有（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　無 | | | | | | | |
| 利用曜日 | | 月曜日 | | 火曜日 | | | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 |
| 訪問介護等　利用時間 | | ～ | | ～ | | | ～ | ～ | ～ |
| 通所介護等　利用時間 | | ～ | | ～ | | | ～ | ～ | ～ |
| その他（地域のサロン等） | | ～  （　　　） | | ～  （　　　） | | | ～  （　　　） | ～  （　　　） | ～  （　　　） |
| 書類の送付先　□　申請者　　□　緊急連絡先①　　□　緊急連絡先②　　□　その他（　　　　） | | | | | | | | | |

【代理申請の場合の代理者】

　　　　（事業所名）

　　　　（住　　所）　　　　　　　　　　　　　　　　（氏　　名）

　　　　（電話番号）　　　　　　　　　　　　　（申請者との関係）

【添付書類】　介護保険被保険者証、身体障害者手帳等、介護度や障害の程度がわかるものの写し

　　　　　　　自宅の位置図