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