

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

新富町高齢者ごみ出し支援モデル事業利用申請書

新富町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(利用者) 氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

新富町高齢者ごみ出し支援モデル事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

世帯員の 状況	住所				
	氏名	続柄	生年月日	年齢	現況等の特記事項 (入院中等)
			年 月 日		
			年 月 日		
		年 月 日			
ごみを収集場所まで持ち出せない理由を記入してください。					
これまでのごみの持ち出し方法を記入してください。※○で囲んでください。 本人・家族・近隣の住民・町内の親族・ヘルパー その他 ( )					
緊急 連絡先	①	住所			
		氏名			
		連絡先			
緊急 連絡先	②	住所			
		氏名			
		連絡先			

裏面

【希望内容】

支援について ※希望するものに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 運搬のみ <input type="checkbox"/> 運搬及び分別 ※分別場所の要望（                      ） 例：玄関先（内）等
開始希望月	令和    年    月    ※入退院等の理由で開始月の指定がある場合
希望曜日・時間	（              ） 曜日    ・    （              ） 時（              ） 分～

※申請後、確認・調整を行います。約1週間前後で決定通知が届き、利用開始となります。

【申請者の身体的状況等】 ※耳が遠いので筆談が必要など

特記事項 (自由記載)	※収集・分別の際、気を付けること等あれば記入してください。
----------------	-------------------------------

同意書

私は、新富町高齢者ごみ出し支援事業の利用申し込みにあたり、町が私の住民登録情報、身体的状態等の確認を行い、必要な資料等の提供を関係機関へ求めることに同意します。

利用者署名 \_\_\_\_\_