様式第１号(第３条関係)

年　　月　　日

いの町高齢者等ごみ出し支援事業利用申請書

いの町長　様

高齢者等ごみ出し支援事業の利用について、いの町高齢者等ごみ出し支援事業実施要綱第３条の規定により下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | | | | | | 性 別 | | | | 生　年　月　日 | | | | |
| ㊞ | | | | | | 男・女 | | | | 明・大  昭・平　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 住　所 | いの町 | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | ― | | | | 携帯 | | | ―　 　　 　― | | | | | | |
| 介護区分等 | * 要支援　（　　　　　　） * 要介護　（　　　　　　） * 身体障害者手帳　（　　　　　　） * 療育手帳 （　　　　　　）　　□　精神障害者手帳　（　　　　　　） * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯状況 | * 独居世帯　　　□　同居者あり | | | | | | | | | | | | | | |
| 同居者 | 氏　名 | | | 生 年 月 日 | | | | | | | | 続 柄 | | 介護・障害等の状況 |
|  | | | 月　　 日 | | | | | | | |  | |  |
|  | | | 月　　 日 | | | | | | | |  | |  |
| ※集積所までごみ出しができない理由を具体的に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | (続柄　　　　) | | | | | | | 電話番号 | | | |  | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | (続柄　　　　) | | | | | | | 電話番号 | | | |  | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| ホームヘルパーの状況 | 事業所名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 担当者 | | |  | | | | 電話番号 | | | |  | | | |

　(同意書)　町が保有する私の世帯に関する個人情報を閲覧し、または利用すること及び世帯

の状況等について町関係機関、近隣住民、民生委員等から意見を聴取することに同意します。

また、いの町高齢者等ごみ出し支援事業における私の安否確認の目的の範囲内で、町関係機関以外の機関に私の住所等の個人情報を提供することに同意します。

(申請者氏名)　 　　　　　　　　　　㊞

（代理人）住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

氏名：　　　　　　　　　　　　㊞（続柄　　　　　）