

様式第1号（第4条関係）

内子町ごみ出し困難者支援戸別収集事業利用申請書

年 月 日

内子町長 様

私は、次の事項について町が調査・確認することに同意の上、内子町ごみ出し困難者支援戸別収集事業実施要綱第4条の規定により、利用を申請します。

- 1 町が保有する対象世帯に関する個人情報を閲覧し、使用すること。
- 2 対象世帯に属する者が利用しているサービス事業者等に当該世帯の状況を聴取すること。

申請者	住所	〒 内子町				
	ふりがな 氏名				電話番号	
対象世帯の状況 (世帯全員の氏名を記入してください。)	氏名	続柄	生年月日	年齢	介護認定・障がいの支援区分状況	
		本人	年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
家庭ごみをごみステーションまで排出できない理由						
ごみ排出場所の希望						
その他						
申請者以外の緊急連絡先	住所					
	氏名		申請者との続柄		電話番号	

※介護保険被保険者証等又は障がい者手帳や医療受給者証の写しを添付してください。

※次の欄は記入しないでください。

担当ケアマネージャー／相談支援専門員記入欄			担当課確認欄
事業所名		電話番号	
担当者名			
備考			