

家庭系ごみ排出困難者支援事業利用申請書

甲賀市長 あて

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____
 申請に関する連絡先
 氏名 _____ 続柄 () _____
 電話番号 _____

標記の事業の利用について、甲賀市家庭系ごみ排出困難者支援事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

同意欄	<ul style="list-style-type: none"> ・本事業の適切な運用のため、関係機関に対し申請内容の確認及び情報の提供を行うことに同意します。 ・本事業の実施決定後においても、必要に応じ照会又は調査が行われることに同意します。 <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ (自署又は記名押印)</p>
-----	---

申請者	フリガナ 氏 名		生年月日
			年 月 日
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	障害者手帳	有 ・ 無 (身体 級 / 精神 級 / 療育 A・B 1・2)	
同居者	氏 名	続柄	
	生年月日	年 月 日	要介護認定 有 ・ 無
			障害者手帳 有 ・ 無
	生年月日	年 月 日	要介護認定 有 ・ 無
			障害者手帳 有 ・ 無
	生年月日	年 月 日	要介護認定 有 ・ 無
		障害者手帳 有 ・ 無	

緊急連絡先

氏名		続柄		電話番号	
----	--	----	--	------	--

申請理由	
収集箱設置予定位置図	※収集箱の設置予定場所が分かるよう記載してください。
確認事項	<p>下記事項を確認し、□に☑を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 記載事項が実際と異なる場合は、本事業の利用ができないことがあります。</p> <p><input type="checkbox"/> 申請要件を満たしていても、収集活動における安全性（収集車走行の際の道路幅、転回スペース等）が確保できない場合は、本事業の利用ができないことがあります。</p> <p><input type="checkbox"/> 共同住宅等の場合、収集箱の設置場所について事前に建物管理者等の承諾を得てください。</p> <p><input type="checkbox"/> 本事業の利用開始後、家庭系ごみの排出状況等により、周辺環境が悪化した場合（散乱、他者の持ち込み等）、本事業の実施を中止することがあります。</p> <p><input type="checkbox"/> 申込内容に変更が生じたとき、又は1月以上家庭系ごみを排出しないときは、届出してください。</p>
要件確認欄	<p>該当項目に☑をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 集積所等への家庭系ごみの排出について、世帯員のいずれもが集積所等まで家庭系ごみを運ぶことが困難な世帯</p> <p><input type="checkbox"/> 世帯員のいずれかが介護保険サービス又は障害福祉サービスを利用し、家事援助を受けている世帯</p> <p>上記の要件について確認しました。</p> <p>確認日： 年 月 日</p> <p>事業所名：</p> <p>所在地：</p> <p>電話番号：</p> <p>担当者名：</p> <p>（居宅介護支援事業所の介護支援専門員等）</p>

市記入欄

受付日	要件確認					可否	番号
	介護 <input type="checkbox"/>	障害 <input type="checkbox"/>	世帯状況 <input type="checkbox"/>	調査 <input type="checkbox"/>	道路状況 <input type="checkbox"/>	可・否	—