

(表)

様式第1号(第5条関係)

大分市高齢者等世帯に対するごみ出し支援事業利用申請書

年 月 日

大分市長殿

申請者 住 所

氏 名

電話番号

- -

大分市高齢者等世帯に対するごみ出し支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

申請世帯の状況	代表者(世帯主)	フリガナ 氏名	年 月 日生 (歳)		
		<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 要介護認定(1・2・3・4・5)を受けている <input type="checkbox"/> 訪問介護における生活援助(※)を利用している (※身体介護中心型のサービスによって生活援助を受けている場合を含む。)		
		<input type="checkbox"/> 障がい者	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証の交付を受けている <input type="checkbox"/> 居宅介護・重度訪問介護を利用している		
		【 <input type="checkbox"/> その他】			
	世帯員	フリガナ 氏名	年 月 日生 (歳)	世帯主との続柄	
		<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 要介護認定(1・2・3・4・5)を受けている <input type="checkbox"/> 訪問介護における生活援助(※)を利用している (※身体介護中心型のサービスによって生活援助を受けている場合を含む。)		
		<input type="checkbox"/> 障がい者	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証の交付を受けている <input type="checkbox"/> 居宅介護・重度訪問介護を利用している		
		【 <input type="checkbox"/> その他】			

世帯員が3名以上の場合は、本申請書(この面)を複数枚使用してください。

(裏)

〈確認項目〉申請世帯全員が以下の状況であること。 □自ら所定のごみステーションまでごみ等の搬出ができない。 □親族、近隣在住者等への協力を求めることが困難である。			
緊急 連絡先	フリガナ	自宅電話番号	- -
	氏名	携帯電話番号	- -
	住所	申請者との関係	
主に利用している 事業所名等	事業所名	電話番号	- -
	所在地	担当者名	

同意書

- ・本申請に係る審査及び決定において、大分市が内部又は関係機関（関係者）に、私の世帯に関する個人情報を知照し、又は調査することに同意します。
- ・ごみ出し支援事業の利用可の決定後においても、ごみ出し支援事業の適正な運用のため、大分市が内部又は関係機関（関係者）に、私の世帯に関する個人情報を照会し、又は調査することに同意します。
- ・【集合住宅の場合】設置場所等集合住宅の管理者の承諾を得て、ごみ出し支援事業を利用します。

申請世帯代表者（世帯主）署名

（代筆の場合）本人の意思を確認のうえ、代筆しました。代理人署名

【代理申請の場合の代理人】

（事業所名等）.....（氏名）.....
（電話番号）.....（申請者との関係）.....

現地確認の 連絡先	後日、現地確認を行うため、日程調整のお電話をさせていただきます。 希望する連絡先に○をつけてください。（日中連絡可能な方をお願いします。） ・申請者 ・代理申請の場合の代理人 ・緊急連絡先 ・別の連絡先を希望する（次に記入してください。） (氏名： 申請者との関係： 電話番号： - -)
--------------	--

関係書類（必ず添付してください。）

- ・【高齢者の場合】サービス利用票（兼居宅サービス計画）の写し
- ・【障がい者の場合】障害福祉サービス受給者証の写し

※その他必要に応じて、状況を確認できる書類の提出を求めています。