様式第１号（第６条関係）

三原市ごみ出し支援事業利用申請書

三原市長　様

三原市ごみ出し支援事業実施要綱第６条の規定により，次のとおり申請します。

なお，申請の審査又は事業の実施に関して必要な場合，三原市が保有する申請者とその世帯員に関する個人情報を閲覧し，使用することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | | |  | | | | 年 |  | 月 |  | | 日 | | | |
| 申請者（利用者） | 住所 | | 〒 |  | － |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | ㊞  ※　本人が手書きした場合は，押印不要です。 | | | | | | | | | | | | |
| 連絡  ・送付先 | 関係 | | □　本人 | | □　希望送付先（続柄 | | | |  | | | | | | ） |
| 電話 | |  | | | | （ |  | | ） |  | | － |  | |
|  | | | | （ |  | | ） |  | | － |  | |
| FAX | |  | | | | （ |  | | ） |  | | － |  | |
| ※以下は，本人以外に連絡・送付を希望する場合のみ入力してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 |  | － |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 安否確認  の希望 | | | □　常時希望する。  □　ごみが出ていない場合のみ希望する。  □　希望しない。 | | | | | | | | | | | | |
| ※ | 裏面も記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | □ | 位置図（２部） | | | | | | | | | | | | | |
|  | □ | ごみを出す場所の間取り図（２部） | | | | | | | | | | | | | |

１　世帯の状況（世帯全員の状況について記入してください。欄に不足がある場合は，複写して記入してください。）　　　　　　（　　枚目/　　枚中）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 続柄 | 生年月日 | | | 障害等級・要介護度等 | 支援への特記事項 | 電話番号・FAX |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| （） | 年 | 月 | 日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| （） | 年 | 月 | 日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| （） | 年 | 月 | 日 |  |

２　緊急時連絡先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 続柄 | 連絡先 | | | | | | | 住所 | | | |
|  |  |  | （ |  | ） |  | － |  | 〒 |  | － |  |
| （） |  | （ |  | ） |  | － |  |  | | | |
|  |  |  | （ |  | ） |  | － |  | 〒 |  | － |  |
| （） |  | （ |  | ） |  | － |  |  | | | |

３　現在のごみ出し状況とごみ出しが困難な理由（支援者の意見）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| （記入者所属・氏名： | |  | | ）申請者との続柄（ | |  | ） |
| 他の支援の検討 | □不可　親族・近所の支援 | | □不可　地域・NPO等の支援 | | □不可　介護保険・障害福祉制度等の支援 | | |