

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ご覧し、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	<div style="text-align: right;">⑩</div> ※ 本人が手書きした場合は、押印不要です。		
連絡・送付先	関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 常時希望する。 <input type="checkbox"/> ごみが出ていない場合のみ希望する。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 不可 親族・近所の支援	<input type="checkbox"/> 不可 地域・NPO等の支援	<input type="checkbox"/> 不可 介護保険・障害福祉制度等の支援