

海田町高齢者等ごみ出し支援事業利用申請書

年 月 日

海田町長 様

申請者 住所
氏名
本人との関係（ ）
電話（ ） —

海田町高齢者等ごみ出し支援事業実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

対象世帯の状況 (世帯の全員を記入してください。)	住 所				
	氏 名	続柄	生年月日	障害等級等	現況等の特記事項
		本人			
申請区分		☐ ひとり暮らし ☐ 世帯の全員が要件に該当 ☐ 規定に準じる者又は世帯			
安否確認のための声かけ		☐ 常時希望する。(※) ☐ ごみ出しがない場合に希望する。(※) ☐ 希望しない。 ※不在にするときは町へ連絡が必要となります。			
連絡先	親 族 (続柄)	住所			
		氏名		電話	
	民生委員 ケアマネジャー 相談支援専門員等	事業所名			
		事業所 所在地			
		氏名		電話	
民生委員・ケアマネジャー・ 相談支援専門員等の意見 (ごみ出し支援を必要とする理由)					

- ・収集日、時間帯は町長において決定しますので、あらかじめご了承ください。
- ・本人及び世帯員の介護保険被保険者証又は身体障害者手帳等のコピー（要介護度、障害等級等が確認できるもの）を添付してください。

同意書

私は、海田町高齢者等ごみ出し支援事業の利用を申請するにあたり、当該申請に係る決定及び決定後の事業実施に必要な限度において、海田町が保有する世帯に関する個人情報を閲覧し、又は使用することに同意します。

署名（本人） _____