

流山市高齢者等ごみ出し支援事業利用申込書

年 月 日

(宛先) 流山市長

住 所 _____

ふりがな _____

申込者 氏 名 _____ (※)電話番号 _____

利用者との関係 _____

(※)本人が手書きしない場合は、押印してください。

ごみ出し支援事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | | | |
|-------------------------------|--|---------------|---------------|------|------|
| 世帯の状況 | <input type="checkbox"/> 65歳以上でひとり暮らしの高齢者 <input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者のみの世帯 (人) <input type="checkbox"/> ひとり暮らしの障害者 <input type="checkbox"/> 障害者のみの世帯 (人) <input type="checkbox"/> その他 (| | | | |
| 利用者 | 住 所 | | | | |
| | ふりがな | | | 電話番号 | |
| | 氏 名 | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 同居者 | 氏 名 | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| ごみを集積所まで出すことができない理由を記入してください。 | | | | | |
| 今までごみを集積所までどのように出していましたか。 | | | | | |
| ひとり暮らしの高齢者 | 要支援 1 2 | 要介護 1 2 3 4 5 | | | |
| 高齢者のみの世帯 | 代表者 | 要支援 1 2 | 要介護 1 2 3 4 5 | | |
| | 同居人 | 要支援 1 2 | 要介護 1 2 3 4 5 | | |
| ひとり暮らしの障害者 | 障害の程度 (級) | | | | |
| | その他 () | | | | |
| 障害者のみの世帯 | 障害の程度 (本人 級・同居人 級) | | | | |
| | その他 () | | | | |
| 市内在住の親族の有無 | 有・無 | 住 所 | 氏 名 | 続柄 | 電話番号 |

注 緊急連絡先を裏面に記入してください。

【緊急連絡先】

| |
|--|
| 利用者名 |
| (1) 本人との関係 _____ 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 (自宅) _____ (勤務先) _____ |
| (2) 本人との関係 _____ 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 (自宅) _____ (勤務先) _____ |

同 意 書

私は、流山市高齢者等ごみ出し支援事業の利用申込に当たり、申込に係る決定に必要な限度及び承認の決定後にごみ出し支援事業を行うために必要な限度において、流山市が保有する私に関する個人情報を見ることが、及び関係機関等に対し私の世帯の状況を聴取することに同意します。

利用者署名 _____

世帯員署名 _____

添付書類

該当するものを添付してください。

- 1 介護保険被保険者証の写し
- 2 身体障害者手帳の写し
- 3 障害福祉サービス受給者証の写し