

（宛先）東温市長

東温市高齢者等ごみ出しサポート事業の利用について、同事業実施要綱第3条の規定により、申請します。

申請者 本人 ・ 代理人	住所	〒 ー	TEL(携帯電話等)	
	氏名	ふりがな	(ー ー)	
該当区分	要介護認定者	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ()		
	障がい者	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 (<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障がい)		
同居の 世帯員	氏名	続柄	生年月日	要介護認定・障がいの状況
			年 月 日	
			年 月 日	
希望者	住所	〒 ー	TEL(携帯電話等)	
		住宅分類 (該当するものに○印を記入してください)	(ー ー)	
		一戸建て・共同住宅 (オートロック有・無)	声かけ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
	氏名	ふりがな	同居人 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
緊急 連絡先	住所	〒 ー	TEL(携帯電話等)	
	氏名	ふりがな	(ー ー)	
担当ケア マネジャー 等	住所 事業所名	〒 ー	TEL(携帯電話等)	
	氏名	ふりがな	(ー ー)	
同意欄	<p>私は、東温市高齢者等ごみ出しサポート事業申請書の提出に当たり、申請に係る決定に必要な事項及び決定後の実施継続等に係る必要事項について、東温市が保有する私に関する個人情報を調査・閲覧すること及び民生委員等に対し、私の世帯状況等を聴取することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">希望者署名 _____</p>			

※介護保険被保険者証、身体障害者手帳等の申込要件に該当することが分かる書類の写しを添付してください。

※利用状況の変更があれば、直ちに環境保全課へ連絡ください。

【東温市処理欄】

決定区分	<input type="checkbox"/> 実施する <input type="checkbox"/> 実施しない	収集開始日	
実施しない理由			