

年 月 日

石井町長 殿

石井町高齢者等ごみ出し支援事業（新規・変更・終了）申請書兼同意書

【申請者等の情報】

申請者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	〒	電話		
申請代理人	ふりがな 氏名		申請者との関係		
	住所		電話		
対象要件	<input type="checkbox"/> 65歳以上で要支援1以上 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級または2級を所持 <input type="checkbox"/> 療育手帳A1またはA2を所持 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級を所持 <input type="checkbox"/> 上記対象要件に準ずるものとして町長が特に認めるもの		対象要件に準ずるものとして町長が特に認める場合の理由		
	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 同居人あり				
世帯状況	同居人	氏名	生年月日	続柄	介護認定・障害等の状況
			年 月 日		
			年 月 日		
緊急連絡先	住所	〒			
	ふりがな 氏名				
	電話				

【介護支援者等の情報】

ホームヘルプ サービス等 連絡先	事業所名	住 所 〒
	担当者氏名（ケアマネージャー）	電 話 F A X
	事業所名	住 所 〒
	担当者氏名（ホームヘルパー）	電 話 F A X

※確認書類（介護保険被保険者証 障害福祉サービス受給者証）

【ごみ出しに関する情報】

希望する収集曜日・時間（1）	曜日	時頃
希望する収集曜日・時間（2）	曜日	時頃
具体的な収集場所	（例：玄関前等）	

※収集希望場所には、必ず戸別収集専用のごみ箱を申請者等で用意してください。

※収集業者の都合により、御希望の日時に沿えない場合がありますので御了承ください。

同 意 書

この申請に係る決定及び石井町高齢者等ごみ出し支援事業を行うために必要な限度において、町が保有する公簿等で私の世帯に関する個人情報を閲覧し、または利用することに同意します。また、石井町高齢者等ごみ出し支援事業における私の安否確認の目的の範囲内で、町の機関並びに関係機関に、私の住所、世帯員の氏名、電話番号及び障がいの程度等の個人情報を照会することに同意します。

（申請者氏名）