第１号様式（第３条関係）

年　　月　　日

二宮町ごみ出しサポート収集申請書

二宮町長　　　　　様

申請者住所

申請者氏名

利用希望者との続柄

電話番号

　二宮町ごみ出しサポート収集事業（試行）実施要綱に基づき、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | 要介護度 | 要介護・要支援（　　　　） |
| 電話番号 |  | 携帯電話 |  |
| 同居人 | あり・なし | 世帯人数 | 人（対象者含む） |
| 要件 | （すべてに該当する必要があります）  □　二宮町に住所を有し、かつ、居住している者  □　65歳以上の高齢者のみで構成された世帯に属する者  □　介護保険法（平成９年法律第123号）に基づく介護認定を受けた者  □　地域で決められたごみ置場まで、自らごみ等を持ち出すことができない者  □　地域や身近な人によるごみ等の持ち出しの協力が得られない者 | | | |
|  | * 利用希望者以外が申請の場合、利用希望者の同意を得ている | | | |
| ごみ出しができない理由 | （対象者の状況、世帯員の状況、別居親族の状況等） | | | |

裏面あり

親族、関係機関の情報

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯員 | 氏名 | 生年月日 | | 続柄 | 状況（要介護度・障害等級等） | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 住所 | | 続柄 | 連絡先（携帯電話等） | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |
| 介護支援専門員 | 事業所名 | | 介護支援専門員名 | | | 連絡先 |
|  | |  | | |  |

（以下の内容に同意します）

・ごみ出しサポート収集で決められた収集方法を守ること。

・町が、利用希望者及び世帯員の状況・心身の状態について、居宅介護支援事業

所、地域包括支援センター、民生児童委員等に照会すること。

・町が、必要に応じてごみ出しサポート収集の利用の有無を居宅介護支援事業所、

地域包括支援センター、民生児童委員等に情報提供すること。

・安否確認が必要な場合には、町が緊急連絡先及び居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、民生児童委員等に照会すること。

・収集の実施に際して事故があった場合、収集を行う作業員に故意若しくは重大な過失がある場合を除き、町は責任を負いません。

利用希望者氏名

申請者

申請者の続柄

町確認欄（送付先）

* 申請者　　　□　利用希望者
* その他（住所）　　　　　　　　　　　　　　（氏名）