

様式第1号（第4条関係）

大治町高齢者等ごみ出し支援事業申請書

年 月 日

大治町長 殿

申請者 住 所 大治町

氏 名

生年月日 年 月 日生

電話番号

代筆者および続柄 ()

大治町高齢者等ごみ出し支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者の状況	① 同居家族が ☐いる・☐いない（いる場合は※に世帯員を記入） ② 同居家族以外にごみ出しを手伝ってくれる人が ☐いる・☐いない ③ 65歳以上で介護保険の訪問介護（ホームヘルプ）を利用して☐いる・☐いない ④ 障がい者で障害福祉サービスの居宅介護を利用して ☐いる・☐いない ⑤ その他 ☐介護保険被保険者証（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） ☐身体障害者手帳 ☐療育手帳 ☐精神障害者保健福祉手帳 被保険者番号・手帳番号
※同居者がいる場合	氏名 年 月 日生 申請者との続柄 ☐介護保険被保険者証（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） ☐身体障害者手帳 ☐療育手帳 ☐精神障害者保健福祉手帳 被保険者番号・手帳番号
	氏名 年 月 日生 申請者との続柄 ☐介護保険被保険者証（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5） ☐身体障害者手帳 ☐療育手帳 ☐精神障害者保健福祉手帳 被保険者番号・手帳番号
連絡先親族等	ふりがな 氏 名 住 所 申請者との関係 電話（自宅）（携帯）

同意書

大治町高齢者等ごみ出し支援事業を利用するにあたり、申請内容の審査・決定・収集実施・再調査において本申請内容について調査することに同意します。

申請者氏名

大治町 記入欄	該当要件	☐ 高齢者 ☐ 障がい者 ☐ その他（　　　　　　　　　）		
	審査結果	☐ 支援する ☐ 支援しない（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）		
	調査担当者			