様式第１号（第３条関係）

海南市家庭ごみサポート収集利用申請書

　年　　月　　日

海南市長　様

申請者（本人・代理人）　住所

代理人の場合　　氏名

　電話

海南市家庭ごみサポート収集実施要綱第３条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 |
| 年　　月　　日（　　歳） |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 状　況 | □ 要介護３・４・５ | □ 身体障害１・２級（肢体不自由・視覚障害） |
| □ 知的障害重度 | □ 精神障害１級 |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用中の福祉ｻｰﾋﾞｽ事業所名 | 事業所名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 利用内容等 |  |
| 現在の排出方法 | □ 本人　　　　□ 家族（続柄：　　　　　）　　□ 同居でない親族 |
| □ ヘルパー　　□ 近隣者　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 排出が困難な理由 | □ 歩行が困難 | □ 寝たきり |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 安否確認 | □ 希望する | □ 希望しない |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | 続柄 |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 氏名 |  | 続柄 |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 世帯員 | 氏名 |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 |
| 年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 状況 | □ 要介護３・４・５ | □ 身体障害１・２級（肢体不自由・視覚障害） |
| □ 知的障害重度 | □ 精神障害１級 |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 同意書 |
| 海南市家庭ごみサポート収集を利用するにあたり、その実施の可否の決定に必要な限度において、市が保有する個人情報を閲覧することに同意します。氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |