

玉野市ごみ出し支援事業利用申請書

年 月 日

玉野市長 あて

高齢及び障害等により家庭から排出するごみ等を所定のごみステーションへ自ら持ち出すことが困難な世帯であるため、玉野市ごみ出し支援事業を利用したいので、玉野市ごみ出し支援事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

申請者（世帯主）

ふりがな 氏 名			電話番号	
			携帯番号	
住所	(〒) 玉野市			
申請者情報	年齢 歳	生年月日	年 月 日	性別 男 ・ 女
集合住宅の場合	建物名等			
	階数 階	設備 ☐ エレベーター ☐ オートロック		

代理者

ふりがな 氏 名			電話番号	
			携帯番号	
対象者との関係	☐ 親族（続柄 ） ☐ ケアマネジャー ☐ ホームヘルパー ☐ その他（ ）			
連絡可能時間帯				

連絡先

ふりがな 氏 名	☐ 同上		電話番号	
			携帯番号	
対象者との関係	☐ 親族（続柄 ） ☐ ケアマネジャー ☐ ホームヘルパー ☐ その他（ ）			
連絡可能時間帯				

ごみ等の排出状況

ごみ出し支援事業 を申し込む理由 （ごみ等の排出が 困難な理由等）	
今までのごみ等の 排出方法	☐ 親族又は近隣在住者等に出してもらっている。 ☐ ホームヘルパーに出してもらっている。 ☐ その他（ ）

裏面あり

同居人		□なし □あり（本人を含め 人）		
本人	身体状況	介護保険被保険者証 □要介護（□1 □2 □3 □4 □5） 身体障害者手帳 □肢体不自由 □視覚障害（□1級 □2級） 精神障害者保健福祉手帳 □精神障害（□1級）		
同居人 ①	ふりがな 氏 名		年齢 歳	生年月日 年 月 日
			続柄	性別 男 ・ 女
同居人 ②	身体状況	介護保険被保険者証 □要介護（□1 □2 □3 □4 □5） 身体障害者手帳 □肢体不自由 □視覚障害（□1級 □2級） 精神障害者保健福祉手帳 □精神障害（□1級）		
	ふりがな 氏 名		年齢 歳	生年月日 年 月 日
同居人 ③			続柄	性別 男 ・ 女
	身体状況	介護保険被保険者証 □要介護（□1 □2 □3 □4 □5） 身体障害者手帳 □肢体不自由 □視覚障害（□1級 □2級） 精神障害者保健福祉手帳 □精神障害（□1級）		
備考				

事業所名			
ふりがな 担当者氏名	☐ ケアマネジャー	電話番号	
	☐ ホームヘルパー	携帯番号	

事業所名			
ふりがな 担当者氏名	☐ ケアマネジャー	電話番号	
	☐ ホームヘルパー	携帯番号	

※要介護度や障害等級などが確認できる介護保険被保険者証、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳の提示、もしくは写しを添付してください。

受付者

同意書

玉野市長 あて

玉野市ごみ出し支援事業申請をするにあたり、次の事項に同意します。

- 1 ごみ等は玉野市ごみ出し支援事業説明書に記載した方法で排出すること。また、ごみ等を入れるための蓋付きの容器は申請者本人が準備すること。
- 2 事業の対象世帯であるかの確認のために、申請者及び同居人の要介護認定又は障害等級、及びごみ出しの状況その他生活状況について、市の関係機関、関係団体、介護サービス事業所、障害福祉サービス事業所等に対し、照会すること。
- 3 転居、死亡、入院、施設入所等の場合や、対象世帯要件に該当しなくなった場合等、申請書の内容が変更となったときは、玉野市ごみ出し支援事業変更等届出書を提出すること。
- 4 ごみ等の排出がない場合は、必ず前日までに、東清掃センター（電話 21-3383）に連絡すること。
- 5 現地調査、ごみ等の収集を行う際に、市が敷地内への立ち入り、及び駐車することを承諾すること。また、その際、故意又は重大な過失がある場合を除き、物品の損傷等の損害に関して、市は責任を負わないこと。
- 6 集合住宅で、収集に際し敷地内に立ち入り及び駐車すること、共用部分にごみ等を出すこと、オートロックを利用者本人または管理人によって速やかに解除できるようにすること等が必要となる場合は、申請者が建物等の管理者に許可及び管理組合・隣保等に事前に承諾を得ること。
- 7 申請者又はその関係者等が戸別収集を行う者に危害を加え、又は危害を加えるおそれがあるときは、収集を中止されても異議申立をしないこと。

年 月 日

申請者署名_____

代筆者署名_____