様式第１号（第４条関係）

　　年　　月　　日

霧島市高齢者等ごみ戸別収集事業利用申請書

霧島市長　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用希望者との関係：

　霧島市高齢者等ごみ戸別収集事業（以下「事業」という。）を利用したいので、事業実施要綱第４条の規定に基づき、次のとおり申請します。

**利用希望者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 霧島市 | 電話番号 | （固定） |  |
| （携帯） |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月 　　日 |

**利用要件**

事業を利用することができるのは、下記に記載の要件に該当し、かつ、介護保険法または障害者総合支援法に基づく居宅サービスを現に利用している世帯のうち、世帯員自らがごみを排出することが困難で、他にごみ出しの協力を得ることができない世帯です。

|  |
| --- |
| 該当するものに、　 に**ㇾ** 及び（　）に **○** を付けてください。 |
|  要介護度（　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　） |  　　身体障害者手帳　　　　（　１　・　２　）級 |
|  療育手帳（　 A1　・　A2　・　A　　） |
| 　 精神障害者福祉手帳　１級 |

**確認事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 現在のごみ出し方法 | ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ　・　近隣者　・　親戚　・　その他（　　　　　） |
| 居宅サービス | 現在利用している　・　現在利用していない |
| 主に利用している事業所名 | 会社 |  | 電話 |  |
| 住所 |  | 担当 |  |

**裏面もご記入ください**

（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 同居者の有無 | 　　　有　　・　　無 |
| ごみ出しの協力者の有無 | 　　　有　　・　　無 |
| ごみステーションまで排出できない理由 |  |
| 緊急連絡先 | 住所 |  | 固定 |  |
| 氏名 |  | 携帯 |  |
| 利用希望者との関係 |  |

* 上記、緊急連絡先に連絡が取れない場合は、主に利用している事業所、申請者又は利用希望者に連絡いたします。

**※　同居者がいる場合は、別紙もご記入ください。**

**【注意事項】**

・この申請書による審査の後、担当職員がご本人宅を訪問し、面接を行い、現地状況等の調査を行った後、収集の可否を決定いたします。

・設置するポリバケツ等については、利用希望者の責任において適正に管理してください。

・収集作業員は、家の中まで立ち入ってのごみ収集は行いません。また、ごみ収集以外のことについては、対応できませんので、あらかじめご了承ください。

・事業の利用決定後に、利用要件等に該当しなくなった場合は、事業を中止することがあります。

|  |
| --- |
| **同意書**・事業の適切な運用のため、市が内部又は関係機関に申請内容の確認を行うこと及び委託業者に個人情報の提供をすることに同意します。・事業の利用決定後においても、必要に応じ照会又は調査が行われることに同意します。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用希望者氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |

（別紙）

（同居者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 利用希望者との関係 |  |
| 該当するものに、　 に**ㇾ** 及び（　）に **○** を付けてください。 |
|  要介護度（　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　） | 　身体障害者手帳　　　　　（　１　・　２　）級 |
|  療育手帳（ 　A1　・　 A2　 ・　A　 ） |
|  精神障害者福祉手帳　１級 |
| 居宅サービス | 現在利用している　・　現在利用していない |
| 主に利用している事業所名 | 会社 |  | 電話 |  |
| 住所 |  | 担当 |  |
| ごみステーションまで排出できない理由 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 利用希望者との関係 |  |
| 該当するものに、　 に**ㇾ** 及び（　）に **○** を付けてください。 |
|  要介護度（　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５　） | 　身体障害者手帳　　　　　（　１　・　２　）級 |
|  療育手帳（ 　A1　・　 A2　 ・　A　 ） |
|  精神障害者福祉手帳　１級 |
| 居宅サービス | 現在利用している　・　現在利用していない |
| 主に利用している事業所名 | 会社 |  | 電話 |  |
| 住所 |  | 担当 |  |
| ごみステーションまで排出できない理由 |  |