

様式第1号（第3条関係）

大山町ごみ出し困難者に係る戸別収集申請書

年 月 日

大山町長 様

大山町ごみ出し困難者に係る戸別収集を、次のとおり申請します。

申請者	〒 住所				
	フリガナ 氏名		生年月日 年 月 日 (歳)		
	電話番号				
該当の状況	世帯の状況	氏名	年齢	続柄	状況（要介護度・障がい等級）
	近隣の親族・住民等の協力の有無			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 近隣の親族 <input type="checkbox"/> 近隣の住民等	
戸別収集を申し込む理由 （ごみステーションまでのごみ出しが困難な理由等）					
今までのごみの排出方法		<input type="checkbox"/> ボランティア団体に出してもらっている <input type="checkbox"/> 民生委員など、地域の人に出してもらっている <input type="checkbox"/> その他（ ）			
収集を希望するごみの種類		<input type="checkbox"/> 可燃 <input type="checkbox"/> 不燃 <input type="checkbox"/> 古紙類 <input type="checkbox"/> 紙製容器包装 <input type="checkbox"/> 缶・びん <input type="checkbox"/> 指定びん <input type="checkbox"/> 発泡スチロール <input type="checkbox"/> ペットボトル <input type="checkbox"/> 電池 <input type="checkbox"/> 蛍光管 <input type="checkbox"/> 全品目			

希望するごみの排出場所	□玄関先 □その他（ ）				
緊急時の連絡先	住所				
	氏名		電話		続柄
特記事項等					
<p>上記により、「大山町ごみ出し困難者に係る戸別収集」の利用を申請します。また、下記の事項に同意します</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申請内容の確認及び適正な実施に必要なときは、その必要がある限りにおいて、大山町が申請者本人及び申請者の同居者の介護認定又は障害等級等の内容、ごみ出しの状況、世帯状況その他の生活状況等について、町の関係機関、関係団体、介護保険サービス事業所、障害福祉サービス事業所、生活支援コーディネーター及び民生委員等に対し、照会又は情報提供すること。 ・申請者が居住する地区の自治会の代表者に利用の決定・中止を通知すること。 ・ごみ出しが無く声かけをしても応答が無い場合、町が本申請書に記載された緊急連絡先に連絡すること。 ・ごみ出し困難者に係る戸別収集が決定されたときは、収集の際、敷地内に立ち入ること。 ・ごみ出し困難者に係る戸別収集実施に際し、住宅や家財等を破損させた場合において、重大な過失がある場合を除き、町に責任を負わないこと。 <p style="text-align: right;">申請者</p>					
届出者	住所				
	フリガナ		申請者との関係		
	氏名	電話番号			

【処理欄】 ※記入不要

受付日	年 月 日（ ）	審査職員氏名			
認定結果	可 ・ 否	認定番号	高 ・ 障	号	
特記事項					