

ごみ出しサポートシール事業利用申請書

年 月 日

立川市長 殿

ごみ出しサポートシール事業の利用を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者氏名 (支援者氏名)		対象者との 関係	
申請者住所 (事業所住所)			
電話番号	- -		
ふりがな		生年月日	年 月 日
対象者氏名			
対象者住所	立川市 町		
電話番号	- -		世帯の人数 人
住宅形態	戸建 ・ 集合住宅		容器設置場所 玄関前 ・ 集積所(※)
現在の 排出方法	<input type="checkbox"/> 対象者が排出 <input type="checkbox"/> 支援者が排出 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※ 集積所に容器を設置することについて事前に集積所の管理者に承認を得てください。

チェック欄 (□) に『✓』を入れ、対象者署名欄に署名してください。

<input type="checkbox"/> 本事業を実施するため、担当する収集事業者に対象者の氏名、住所及び容器設置場所に関する情報を提供すること。
上記の事項に同意します。 年 月 日 <div style="text-align: right;">対象者署名 _____</div>

※ 対象者の同意がない場合、収集事業者に情報を提供することができないため、本事業を利用することができません。

注意事項

1. 地域包括支援センター、介護支援専門員(ケアマネジャー)、又はこれに準ずる方からの申請に限ります。
2. 事業の中断、再開又は中止を希望するときは、課 (電話)まで連絡してください。利用を中止する際、容器は各自で処分してください。
3. 蓋付きの容器は、対象者にて用意してください。

上記のことから、申請者のごみ出しサポートシール事業の利用については次のとおりとしたい。

適用の 要否	<input type="checkbox"/> 申請承諾	決裁	担当者	係長	課長	開始日
	<input type="checkbox"/> 申請却下					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					