



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

ごみ出し支援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)	立川 花子	対象者との 関係	ケアマネジャー
申請者住所 (事業所住所)	立川市 泉町 1156-9		
電話番号	042 - 531 - 5518		
ふりがな	たちかわ たろう	生年月日	2022年 1月 1日
対象者氏名	立川 太郎		
対象者住所	立川市 西砂 町 4-77-1		
電話番号	042 - 531 - 5517	世帯の人数	1 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"/> 自分で排出 <input checked="" type="checkbox"/> 支援者が排出 <input type="checkbox"/> その他 (チェックしてください。

※ 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。

チェックしてください。

チェック欄 () 署名してください。

<input checked="" 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、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 記入日を記載してください。
対象者署名 立川 太郎

※ 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)、また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、中止を希望するときは、ごみ対策課 (電話 042-523-2111)までご連絡ください。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ご用意ください。

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	担当者	係長	課長	開始日
	<input type="checkbox"/> 申請却	何も記載せずお出しください。			
	<input type="checkbox"/> その他()				