

ごみ出し支援事業利用申請書

年 月 日

立川市長 殿

ごみ出し支援事業の利用を受けたいので、次のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
申請者氏名	印 <small>※自署の場合は、押印を省略することができます。</small>		( ) 歳
申請者住所	立川市 町		
電話番号	— —	世帯の人数	人

代理者氏名		申請者との関係	
代理者住所	立川市 町		
電話番号	— —		

申請理由 該当する項目全てにチェックしてください。	市確認欄
下記の条件に該当し、日常のごみ出しが困難である。	
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分が要介護3から要介護5までのいずれかである者のみで構成される世帯	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の程度が1級又は2級である者のみで構成される世帯	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳の程度が1級である者のみで構成される世帯。	<input type="checkbox"/> 1級
<input type="checkbox"/> 上記に掲げる世帯に準ずると市長が認める世帯	<input type="checkbox"/>

緊急連絡先			
氏名		申請者との関係	
住所			
電話番号			

現在の排出方法	<input type="checkbox"/> 自分で排出 <input type="checkbox"/> 近隣住民に依頼 <input type="checkbox"/> ヘルパーに依頼 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
担当ケアマネージャー (福祉サービス利用の場合)	事業所名	電話番号	
担当ケースワーカー (生活保護受給世帯に限る)			
民生委員			

\*裏面もご記入ください

