

# 記入例

(第4条関係)

## ごみ出し支援事業利用申請書

立川市

**\* 添付書類が必要です**  
「障害者手帳」や「介護保険被保険者証」のコピーなど  
(手帳の等級や介護区分が分かるもの)

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	たちかわ たろう	生年月日	明治・大正・昭和・平成 元年 1月 1日 ( ) 歳
申請者氏名	立川 太郎 印 <small>※自署の場合は、押印を省略することができます。</small>		
申請者住所	立川市 泉 町 1156-9		
電話番号	042 - 531 - 5518	世帯の人数	1 人

代理者氏名	代理の方による申請の場合はこちらも記入	申請者との関係	
代理者住所	立川市 泉 町 1156-9		
電話番号	- -		

申請理由	該当する項目すべ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"/> 要介護状態が1級から5までのいずれかである者のみで構成される世帯	<b>該当する項目にチェックしてください。</b>	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の等級が1級である者のみで構成される世帯		<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
<input checked="" 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	ケアマネージャーや生活保護のケースワーカーでも可

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
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

