

指定収集袋減免申請書

年 月 日

立 川 市 長 殿

立川市廃棄物処理及び再利用促進条例施行規則第 19 条の 2 第 1 項の規定により、指定収集袋に係る一般廃棄物処理手数料の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

また、一般廃棄物処理手数料の減免を受けるため市の保有個人情報の利用に同意します。

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

| 申請理由 | 市確認欄 |
|--|---|
| 該当する項目全てにチェックしてください。 | |
| <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 児童扶養手当受給世帯 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給世帯 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の 1・2 級である者が属し、かつ、世帯構成員全員が市町村民税非課税 | <input type="checkbox"/> 級 <input type="checkbox"/> 非課税 |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳の 1・2 級である者が属し、かつ、世帯構成員全員が市町村民税非課税 | <input type="checkbox"/> 級 <input type="checkbox"/> 非課税 |
| <input type="checkbox"/> 愛の手帳の 1・2 度である者が属し、かつ、世帯構成員全員が市町村民税非課税 | <input type="checkbox"/> 度 <input type="checkbox"/> 非課税 |
| <input type="checkbox"/> 要介護 4・5 の認定を受けている者が属し、かつ、世帯構成員全員が市町村民税非課税 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 非課税 |
| <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給世帯 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> |

| 世帯構成 | 氏 名 | 続柄 | 氏 名 | 続柄 |
|------|----------------------|----|-----|----|
| | ※世帯主に対する続柄も記入してください。 | | 世帯主 | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | |
|-----|----|-----|-----|
| 代理者 | 氏名 | 連絡先 | - - |
|-----|----|-----|-----|

| | |
|------|---------------|
| 減免期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|------|---------------|

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 容量の小さい指定収集袋の種類に変更することを希望します。 | |
| 袋サイズ | <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 特小 |
| 燃やせるごみ | 枚 |
| 燃やせないごみ | 枚 |
| 左記内容どおり受領しました。 | |
| 年 月 日 | |
| (氏名) | |