

高年齢者等のごみ出し支援事業登録申請書

令和〇年〇月〇〇日

(宛先)

岩国市長 様

岩国市高齢者等のごみ出し支援事業を利用したいので、申請書記載の個人情報をも市の関係部署及び関係機関で使用することに同意し、次のとおり申請します。

(利用 申請 する 者)人	ふりがな 氏名	いわくに 岩国 イチロウ	生年月日		昭和1年1月1日
	住所	岩国市今津町一丁目14番51号	電話 番号	自宅 携帯	〇〇-〇〇〇〇〇 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
代理人	ふりがな 氏名	いわくに 岩国 ジロウ	申請者との 続柄		子
	住所	岩国市南岩国町二丁目65番65号	電話 番号		〇〇-〇〇〇〇〇

■ 申請者について

該当区分	介護保険 要介護認定者	要介護認定 ☐ 要介護 3 ☒ 要介護 4 ☐ 要介護 5			
	障害者	☐ 身体障害者手帳 ☒ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 療育手帳 A ☐ 精神障害者保健福祉手帳 1 級 ☒ 障害者総合支援法の対象となる難病			
世帯状況		☐ 単身世帯 ☒ 同居人あり			
	同居人の状況	氏名	生年月日	続柄	要介護認定・ 障害の状況
		岩国 イチコ	S 2 ・ 2 ・ 2	妻	要介護 3
ごみ出しが 困難な状況	ごみ集積場所までごみの排出が困難な理由等 ☒ 親族や近所でのごみ出しができないため ☒ ホームヘルパーでのごみ出しができないため ☐ その他（ ）				
備考	3人以上いる場合は、申請書を2枚にして				

裏面も記入してください。

■緊急連絡先等について

介護支援事業者	事業所名 ○○介護事業所 介護支援専門員名（ケアマネジャー） ○○ ○○
ホームヘルパー利用の有無	☒ 有 ・事業所名 有限会社○○ケアホーム ・利用時間 月・金曜日 10時 ～ 12時 ☐ 無
緊急連絡先 1	住所 岩国市南岩国町二丁目 65 番 65 号 氏名 岩国 ジロウ 申請者との関係（子） 電話（固定） ○○-○○○○ （携帯） ○○○-○○○○-○○○○
緊急連絡先 2 ←	住所 氏名 申請者との関係（ ） 電話（固定） （携帯）

3人以上いる場合は、
申請書を2枚にしてください。

■専用ごみ箱について

☒ 自分で用意

☐貸出し希望

【処理欄】※記入不要

福祉部(		課		班)(担当者名)	
調査日	年 月 日 ()	認定結果	可・否	認定番号	No.
特記事項					
受付日	／	認定日	／	備考	

環 境 部 (		課		班) (担当者名		)	
調 査 日	年 月 日 ()		調 査 結 果	可 ・ 否	決 定 番 号	No.	
特 記 事 項							
受 付 日	／	通 知 日	／	備 考			