

琴浦町ごみ出し困難者共助事業利用申請書

年 月 日

琴浦町長 様

申請者 住 所 琴浦町大字
氏 名 印
対象者との関係()
電話番号

琴浦町ごみ出し困難者共助事業を利用したいので、次のとおり申請します。

世帯主	住 所	琴浦町大字		
	ふりがな	-----	生年	年 月 日(歳)
	氏 名		月日	
対象区分	1.介護保険(要支援・要介護) 2.障がい者(身体・精神・知的) 3.そ の 他()			
世帯員1	氏 名		年齢	歳
	対象区分	1.介護保険(要支援・要介護) 2.障がい者(身体・精神・知的) 3.そ の 他()		
世帯員2	氏 名		年齢	歳
	対象区分	1.介護保険(要支援・要介護) 2.障がい者(身体・精神・知的) 3.そ の 他()		
ごみ出し困難の理由		(自宅からごみステーションまでの距離・日常生活動作・介護保険サービスの利用状況など)		
施者連絡先 ごみ出し実	氏 名		関係	
	住 所			
	電話番号	※緊急時に連絡します		

<調査の承諾>

琴浦町が以下の事項について調査することを承諾します。

- ・町による申請者(世帯)の申請するに至った対象区分、日常生活動作の確認

年 月 日

氏 名 印