様式第1号（第3条関係）

令和　　年　　月　　日

上板町長　様

思いやり収集利用申請書

高齢者等ごみ出し支援事業「思いやり収集」実施要項に基づき下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな　　　　　　氏　　名　　　　　　　　性　　別 | 　　　　　　　　　　　 　㊞ | 生年月日 | 　明・大・昭・平 |
| 　（　男　・　女　） | 　　　年　　　月　　　日 |
| （支部名）住　　所 | （支部名：　　　　　　　　　　　　）上板町　 | 電　話 | 自　宅 | 　 |
| 携　帯 | 　 |
| 申請代理人 | ふりがな　　　　　　氏　名 | 　　　　　　　　　　 　 　㊞ | 申請者との　　　　　　続柄（関係） | 　 |
| 住　　所 | 　 | 電話番号 | 　 |

以下の項目にお答え下さい。

**１．対象要件にチェックして下さい。また、世帯状況を記載して下さい。**

□　80歳以上のみの世帯　　　　　　　□　65歳以上で要介護認定2以上

□　身体障害者手帳1級または2級を所持　　□　療育手帳A1またはA2を所持

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯状況 | □　単身世帯　　　　　　　□　同居人あり |
| 同　居　人 | 氏　　名 | 生年月日　　　　　　　　　　性　　別 | 続　柄 | 介護認定、障害等の状況 |
| 　 | 　年　　　月　　　日　　　　　　　　　男　　・　　女 | 　 | 　 |
| 　 | 　年　　　月　　　日　　　　　　　　　男　　・　　女 | 　 | 　 |

注：対象要件を満たしていても、自分（家族）で買い物に行っているなど、ごみ出しができると判断される場合には、利用対象外となります。

**２．現在のごみ出しの状況をお知らせ下さい。（どのようにごみを出していますか？）**

**３．現状で親族等にごみ出しの協力が得られない理由をお知らせ下さい。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記載例：町外に親族が住んでいるため。）

**裏面につづく**

**４．ごみが出ていない場合の声かけの希望**　　　　あ　り　・　な　し

　　希望ありの方は、以下の緊急連絡先をご記入下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 連絡先 | 　１ | 　２ |
| 住　所 |  |  |
| ふりがな　　　　　氏　　名 | 　 | 　 |
| 電話番号（携帯） | 　 | 　 |

※　確認書類　（介護保険被保険者証、身体障害者手帳、療育手帳等確認します。）

※　代理申請の場合は、現地訪問の際、申請代理人にご同席していただきます。

同　意　書

この申請に係る決定及び思いやり収集事業を行うために必要な限度において、町が保有する私の世帯に関する個人情報を閲覧し、または利用することに同意します。

　また、当該事業における私の安否確認の目的の範囲内で、上板町以外の公共機関に、私の住所、世帯員の氏名、電話番号、要介護度など、その他の個人情報を提供することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　㊞