

（あて先）高崎市長

高崎市高齢者ごみ出しSOS利用申請書

高崎市高齢者ごみ出しSOSを利用したいので、次のとおり申請します。

利用者 (申請者)	(住所) 高崎市 (フリガナ) (氏名)..... (電話番号)..... (生年月日) 大・昭・平・令.....年.....月.....日 (年齢.....歳) (該当区分) <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 妊娠期 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> その他			
申請 代行者	(利用者以外が申請する場合、記入してください) (住所又は事業所名)..... (氏名)..... (電話番号)..... (申請者との関係) <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()			
ごみ出し が困難な 理由	<input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 重くて運べない <input type="checkbox"/> 指定時間までに排出できない <input type="checkbox"/> 家族の協力が得られない <input type="checkbox"/> その他 ()			
・世帯状況（利用者と同居する世帯員を全員記入してください）				
	氏 名	生年月日	続柄	該当区分
1		大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 高齢者・ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 乳幼児・ <input type="checkbox"/> その他
2		大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 高齢者・ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 乳幼児・ <input type="checkbox"/> その他
3		大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 高齢者・ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 乳幼児・ <input type="checkbox"/> その他
4		大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 高齢者・ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 乳幼児・ <input type="checkbox"/> その他
5		大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 高齢者・ <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 乳幼児・ <input type="checkbox"/> その他
・緊急連絡先（連絡なくごみが出されていない場合、連絡させていただきます）				
	氏 名	利用者との関係	連絡先①	連絡先②
1			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 会社	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 会社
2			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 会社	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 会社
裏面もご記入ください				

※ 収集のときは、お声をかけさせていただきます。

排出場所	玄関前 ・ その他 ()
<p>【ごみ排出場所案内図】 ごみ排出場所には、●を記入してください。</p> <p>N 4 +</p>	<p>例1 戸建て住宅</p>
	<p>例2 集合住宅</p>

同意書

本事業における対象者要件確認のために必要があるときは、その必要な限りにおいて、市が保有する私及び私の世帯員の個人情報を閲覧することに同意します。また、事業の適正な実施のために関係者間で必要な個人情報を共有することに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ (印) (自署があれば押印は不要です。)

【市処理欄】(以下には記入しないでください)

区 分	利用期限	委託業者	備 考
<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 妊娠期 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 末		

資格確認： 月 日 手帳 他課照会 その他 ()

業者調整： 月 日 利用開始： 月 日 () 曜日から

決定通知発送： 月 日 担当者印