

（あて先） 高崎市長

高崎市高齢者ごみ出しSOS変更等申請書

高崎市高齢者ごみ出しSOSの利用にあたり変更等がありますので、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)..... (生年月日) 大・昭・平・令 年 月 日		
	(利用者以外が届出する場合、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 ( )		
変更等を希望する日		年 月 日 ( ) から	
変更内容	<input type="checkbox"/> 世帯状況の変更 ( <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> その他 )		
	変更内容	変更前	変更後
	<input type="checkbox"/> 一時停止 ( <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )		
	<input type="checkbox"/> 再開 ※再開を希望する際は、希望日の1週間前までにお知らせください		
<input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 親族等との同居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

【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"/> 無		
<input type="checkbox"/> 妊娠期 <input type="checkbox"/> 乳幼児	<input type="checkbox"/> 有		
<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不承認	年 月末		

受付方法：窓口 電話 FAX メール その他

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 担当者印