|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号（第４条関係）奥多摩町高齢者等ごみ出し困難者支援事業利用申請書　　年　　月　　日　奥多摩町長殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との関係（　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　ごみ出し困難者支援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 | 奥多摩町 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 対象区分 | 1.介護保険（要支援・要介護　　　　　　　　　　　　　　　　　　）2.障害者（身体・知的・精神　　　　　　　　　　　　　　　　　　）3.高齢者4.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.障害者（身体・知的・精神　　　　　　　　　　　　　　　　　　）3.高齢者4.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.障害者（身体・知的・精神　　　　　　　　　　　　　　　　　　）3.高齢者4.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ごみ出し困難の理由 | (自宅からステーションまでの距離・日常生活動作・介護保険の利用状況など) |
| 緊急連絡先 | 氏　　名 |  | 関係 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 | ※緊急時に連絡します |

　＜調査の承諾＞ 　 奥多摩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日常生活動作の確認　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　 |