

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

申請者 住 所
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	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 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