

橋本市福祉収集利用申請書

年 月 日

(あて先)橋本市長

申込者(本人・代理人)	住 所 橋本市
代理人の場合本人との関係	ふりがな
()	氏 名
	電 話

橋本市福祉収集実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

利用者住所 (建物名及部屋番号)	橋本市			
ふりがな		電 話		
利用者氏名				
生 年 月 日	年 月 日 (歳)			
申 請 理 由				
現在の排出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 隣人 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他 ()			
該 当 区 分	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1級 2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1級 <input type="checkbox"/> 紙おむつ類			
世帯員の状況	ふりがな	年 齢	続 柄	備 考
	氏 名			
緊急連絡先	連絡先 1	住 所		対象世帯との関係
		ふりがな		
	連絡先 2	住 所		対象世帯との関係
		ふりがな		
	氏 名		電 話	

※ 添付書類(同居者分も同じ)：上記該当区分の対象者であることを証するものの写し。

同 意 書

私は、福祉収集の利用申請にあたり、申請に係る決定に必要な限度及び承認の決定後に家庭ごみの収集を行うために必要な限度において、橋本市が保有する私に関する個人情報を読覧し、使用することに同意します。

年 月 日 氏 名