様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

稲敷市ごみ出し支援訪問収集事業利用申請書兼同意書

稲敷市長　　様

申請者住所

氏名

電話

利用者との関係

稲敷市ごみ出し支援訪問収集事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

利用者	住所		電話	
	フリガナ 氏名		生年月日	

世帯員の状況	氏名	生年月日	続柄	特記事項（要介護度・障害程度その他現況等）

※　今までのごみの搬出方法及び今後ごみを集積所まで搬出できない理由を記入してください。

親族又は支援者（緊急連絡先）	住所		電話	
	氏名		利用者との関係	

福祉サービス受給状況(該当に○)	1　訪問介護（介護保険）　2　居宅介護（障害福祉） 3　在宅福祉サービス事業（社会福祉協議会） 4　その他訪問を伴うサービス（　　） 5　該当無　6　わからない	※確認欄　介・障
安否の確認希望	無　・　有	

同意書

本申請の利用決定に係る審査に当たり、私及び私の世帯員の個人情報（福祉サービス受給状況等を含む。）について調査すること並びにサービス利用決定時においては、必要な情報を委託収集業者に提供することに同意します。

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

≪裏面≫

（道路・家・玄関等出入口・ごみ置場所についての敷地内見取図をご記入ください。）

貼付欄

※介護保険被保険者証・身体障害者手帳（要介護度・障害程度が分かるもの）のコピー等を貼付してください。