

三宅町安心・見守り収集利用申請書

年 月 日

三宅町長 様

申請者 住 所
(代理人)

氏 名

印

電 話

— —

三宅町安心・見守り収集実施要綱第3条第1項の規定により、次のとおり申請します。

安心・見守り収集を利用しようとする者	住 所	〒 — 三宅町大字		
	ふりがな氏名		電 話	
	生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	状 況	※該当する証及び手帳等の写し（コピー）を添付してください。 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証（ <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> 要支援認定 ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳及び療育手帳 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	申請理由	<input type="checkbox"/> 歩行が困難である <input type="checkbox"/> 集積場所が遠くごみを出しに行けない <input type="checkbox"/> 寝たきりである <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<p>同 意 書</p> <p>本申請による審査のため、申請者及び世帯の必要な個人情報を三宅町が保有する情報により閲覧し、使用すること及び現況等について聴取することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</p>				

※ は、該当する項目にレ点を記入してください。

※ 裏面もご記入ください。

世帯員	ふりがな氏名	印	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	年 月 日 (歳)	申請者との関係	
	状況	※該当する証及び手帳等の写し（コピー）を添付してください。 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証（ <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> 要支援認定 ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳及び療育手帳 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
世帯員	ふりがな氏名	印	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	年 月 日 (歳)	申請者との関係	
	状況	※該当する証及び手帳等の写し（コピー）を添付してください。 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証（ <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> 要支援認定 ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳及び療育手帳 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※ は、該当する項目にレ点を記入してください。

【緊急時の連絡先】

安心・見守り収集では、ごみの戸別訪問とあわせて安否確認を行います。

事前の連絡がなく、収集員の声掛けに応答されない場合は、下記に連絡させていただきますので、連絡先の同意を得たうえで、ご記入ください。

①	ふりがな氏名		電 話	
	住 所	〒 ー	申請者との関係	
②	ふりがな氏名		電 話	
	住 所	〒 ー	申請者との関係	