様式第１号（第５条関係）

声かけ収集利用申請書

令和　　　年　　月　　日

さくら市長　様

次のとおり声かけ収集を利用したいので申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 |  |  | | | 生年月日 | | 年　 月　 日 |
| 住　　所 |  | | | 電話番号 | |  |
| 世帯員  の状況 |  | | 生年月日 | | | | 現況等の特記事項 |
| 申請者との続柄 | | | |
|  | | 年　月　日 | | | |  |
|  | | | |
|  | | 年　月　日 | | | |  |
|  | | | |
|  | | 年　月　日 | | | |  |
|  | | | |
| 家庭ごみをごみステーションに  搬出することができない理由 | | | |  | | | |
| 保健福祉サービスの利用状況 | | | |  | | | |
| 緊　急  連絡先 |  | | 住　　所 | | | 電　話　番　号 | |
| 申請者との関係 | |
|  | |  | | |  | |
|  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |

同　意　書

この申請に係る決定又は声かけ収集を行うために必要な限度において、市が保有する私の世帯に関する個人情報を閲覧し、若しくは利用すること、又は世帯の状況について近隣住民、民生委員等から意見を聴取することに同意いたします。

申請者署名　　　　　　　　　　　　　　㊞

【代理申請の場合の代理人記入欄】

　　代理人　　氏名　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　申請者との関係（　　　）

* 介護保険被保険者証、身体障害者手帳等の介護度、障害程度がわかる書類の写しを添付してください。