別記様式第１号（第４条関係）

留萌市一般廃棄物収集支援事業利用申請書

年　　月　　日

　留萌市長　　様

申請者　住所

　　　　氏名

　　　　電話

　留萌市一般廃棄物収集支援条例第５条第１項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世　　帯　　主 | （ふりがな）  氏 名 |  | | | 生年  月日 | 年　　月　　日 | | |
| 該　当　区　分 | □ 要介護・要支援の認定（有効期間：　　年　　月　　日）  　 ・要介護（　　）　・要支援（　　）  □ 留萌市介護予防・日常生活支援総合事業の対象  □ 身体障害者手帳の交付（交付年月日：　　年　　月　　日）  　 ・肢体不自由（　　級）　・視覚障害（　　級）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 世　　　　　帯　　　　　員 | （ふりがな）  氏 名 |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 | | | 続柄 |  |
| 該　当　区　分 | □ 要介護・要支援の認定（有効期間：　　年　　月　　日）  　 ・要介護（　　）　・要支援（　　）  □ 留萌市介護予防・日常生活支援総合事業の対象  □ 身体障害者手帳の交付（交付年月日：　　年　　月　　日）  　 ・肢体不自由（　　級）　・視覚障害（　　級）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| （ふりがな）  氏 名 |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 | | | 続柄 |  |
| 該　当　区　分 | □ 要介護・要支援の認定（有効期間：　　年　　月　　日）  　 ・要介護（　　）　・要支援（　　）  □ 留萌市介護予防・日常生活支援総合事業の対象  □ 身体障害者手帳の交付（交付年月日：　　年　　月　　日）  　 ・肢体不自由（　　級）　・視覚障害（　　級）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市民税  課税状況 | | 課税世帯　　・　　非課税世帯 | | |
| 緊急時連絡先 | （ふりがな）  氏 名 |  | 世帯と  の関係 |  |
| 住 所 |  | 電　話 | ①  ② |
| 同　　意　　欄 | 私は、この申請に基づき実施する調査等において、留萌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、及び関係機関等に対し個人情報の提供を求めることに同意します。  　また、利用の承認を受けた後において、何らかの理由により家庭ごみの排出が確認できず、かつ、世帯員と連絡がとれない場合には、状況確認のために必要な情報の収集のため、関係機関等に対し私の世帯に関する情報についての提供を依頼することに同意します。  年　　月　　日  申請者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |

添付書類

　１　介護保険被保険者証の写し

　２　身体障害者手帳の写し

　３　その他市長が必要と認める書類