

様式第1号（第3条関係）

高槻市高齢者等ごみ出し支援利用申請書

年 月 日

高槻市長 様

〒 ー

申請者 住所
氏名
電話

(世帯主との関係：)

ごみの搬出が困難であることから、裏面の確認事項に同意し、高槻市高齢者等ごみ出し支援実施要綱第3条の規定により、次のとおり申請します。

世帯主 (※)	住所	高槻市			
	ふりがな 氏名	電話	固定	-	-
			携帯	-	-
生年月日	年 月 日生				

※申請者と世帯主が同一の場合は、住所・氏名・電話欄は記入不要

現在の状況 その他特記事項	<input type="checkbox"/> 要介護度 (<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5) <input type="checkbox"/> 身体障がい (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級) <input type="checkbox"/> 知的障がい (A) <input type="checkbox"/> 精神障がい (1級) <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 重度の傷病者 <input type="checkbox"/> その他特に認める者 ()
------------------	--

同居する世帯員 (無 有 (人)) ※有の場合、下記同居世帯員を記載

世帯員 1	ふりがな 氏名		電話	携帯	-	-
	生年月日	年 月 日生	世帯主との 関係			

現在の状況 その他特記事項	<input type="checkbox"/> 要介護度 (<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5) <input type="checkbox"/> 身体障がい (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級) <input type="checkbox"/> 知的障がい (A) <input type="checkbox"/> 精神障がい (1級) <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 重度の傷病者 <input type="checkbox"/> その他特に認める者 ()
------------------	--

世帯員 2	ふりがな 氏名		電話	携帯	-	-
	生年月日	年 月 日生	世帯主との 関係			

現在の状況 その他特記事項	<input type="checkbox"/> 要介護度 (<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5) <input type="checkbox"/> 身体障がい (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級) <input type="checkbox"/> 知的障がい (A) <input type="checkbox"/> 精神障がい (1級) <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 重度の傷病者 <input type="checkbox"/> その他特に認める者 ()
------------------	--

