

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
ふりがな
氏名
電話

(世帯代表者との関係：)

【本人意思確認（必須）】※本人申請か代理人申請のいずれか一方を選択してください

☐ 本人申請 申請内容を確認し、同意しています。☐ 代理人申請 本人の意思を確認したうえで申請しています。

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。

世帯代表者	住所	高槻市			
	ふりがな 氏名	電話	固定	ー ー	
			携帯	ー ー	
生年月日	年 月 日生				

※申請者と世帯代表者が同一の場合は、住所・氏名・電話欄は記入不要

世帯代表者の現在の状況その他特記事項	☐ 要介護度（ ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5）
	☐ 身体障がい（ ☐ 1級 ☐ 2級）障がい名
	☐ 知的障がいA ☐ 精神障がい1級
	☐ 妊産婦 ☐ 重度の傷病者（ ）
	☐ 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	ー ー
	生年月日	年 月 日生	世帯代表者との関係		
世帯員1の現在の状況	☐ 要介護度（ ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5）				
	☐ 身体障がい（ ☐ 1級 ☐ 2級）障がい名				
	☐ 知的障がいA ☐ 精神障がい1級				
	☐ 妊産婦 ☐ 重度の傷病者（ ）				
	☐ その他特に認める者（ ）				
世帯員2	ふりがな 氏名		電話	携帯	ー ー
	生年月日	年 月 日生	世帯代表者との関係		
世帯員2の現在の状況	☐ 要介護度（ ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5）				
	☐ 身体障がい（ ☐ 1級 ☐ 2級）障がい名				
	☐ 知的障がいA ☐ 精神障がい1級				
	☐ 妊産婦 ☐ 重度の傷病者（ ）				
	☐ その他特に認める者（ ）				

1 ごみの搬出が困難な理由について ☐ 在宅する世帯員全員（年少者を除くすべての同居人）が表面の「世帯代表者、世帯員の現在の状況」の対象要件に該当し周囲の協力が得られない。 ☐ その他（ ） ※近隣の者・親族等の協力を受けることができる場合は、実施対象外となります。		
2 緊急通報装置について（世帯構成員が高齢者または障がい者のみの場合記入） ☐ 設置済 ☐ 設置を希望する ☐ 設置を希望しない ※設置を希望される場合は、別途申請手続きが必要になります。 問合先 長寿介護課（TEL 072-674-7166） 障がい福祉課（TEL 072-674-7164）		
3 緊急連絡先について 世帯員と連絡が取れない場合等、状況確認が必要な際に利用しますので、連絡先に同意のうえ記入してください。		
連絡先 1	ふりがな 氏名	（世帯代表者との関係 ）
	住所	
	電話	- -
連絡先 2	ふりがな 氏名	（世帯代表者との関係 ）
	住所	
	電話	- -
4 持参された方の氏名・連絡先（申請者・世帯代表者・世帯員の場合記入不要）		
5 申請にあたっての同意事項 （1）高齢者等ごみ出し支援を利用するに当たり、対象要件の確認及びごみ収集の実施のために必要な範囲で、市が保有する全ての世帯員に関する情報を閲覧し、使用すること。 （2）ごみの排出場所、収集ルート確認等のための職員による現地訪問に協力すること。 （3）対象要件の確認、現地訪問、高齢者等ごみ出し支援の実施に必要な範囲で、緊急連絡先その他関係機関に市から連絡すること。 （4）表面の「世帯代表者、世帯員の現在の状況」に記載された対象世帯の要件に該当しなくなった場合は、速やかに市に届け出ること。 （5）入院、入所等で一時的に不在になる場合は、市に申し出ること。 （6）市が実施する定期的な要件確認等により、対象世帯でないと認められる場合には支援が廃止されること。 （7）ごみを排出する際には、蓋つきのごみ箱を自身で用意すること。 （8）収集日にごみの排出がない場合は、貼り紙等により意思表示を行うこと。		

処理欄	収受日	令和 年 月 日	登録番号	
※記入不要	受付方法	☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ 電子申請 ☐ FAX ☐ その他（ ）		
	受付担当	☐ 障がい福祉課（ ） ☐ 長寿介護課（ ） ☐ 子ども保健課（ ） ☐ 清掃業務課（ ）		
	備考			