様式第1号(第4条関係)

河内長野市ふれあい収集利用申請書

河内長野市長様　　年　　月　　日

申込者(本人 ・ 代理人)　住　所
代理人の場合本人との関係　氏　名
(　　)　電話番号　　(　　)

河内長野市家庭ごみふれあい収集実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

住　所	河内長野市	電話番号	(　　)

主たる対象者	氏名	現在の状況、その他特記事項
		介護保険認定区分　要介護(1・2・3・4・5) 要支援(1・2)→介護サービス利用(有・無) 身体障害者(1級 ・ 2級)　療育手帳の判定(A) 精神障害者(1級)　一時利用（病気・けが・妊娠） その他、特に必要と認める者(　　)
	生年月日	
	年　月　日 (　歳)	
世帯員・同居者	氏名	現在の状況、その他特記事項
		介護保険認定区分　要介護(1・2・3・4・5) 要支援(1・2)→介護サービス利用(有・無) 身体障害者(1級 ・ 2級)　療育手帳の判定(A) 精神障害者(1級)　一時利用（病気・けが・妊娠） その他、特に必要と認める者(　　)
	生年月日	
	年　月　日 (　歳)	

氏名	生年月日	現在の状況、その他特記事項
	年　月　日 (　歳)	

＜申請に必要な添付書類＞
①介護保険認定で申請される方：介護保険被保険者証の要介護・要支援状態区分が分かる箇所の写し
　※要支援1又は2で介護サービスを利用していない方は、必要な理由を明記した医師の意見書が必要です。
②身体障害者手帳で申請される方：身体障害者手帳の障害等級が分かる箇所の写し
③療育手帳で申請される方：療育手帳の等級が分かる箇所の写し
④精神障害者保健福祉手帳で申請される方：精神障害者保健福祉手帳の障害等級が分かる箇所の写し
⑤妊娠による一時利用で申請される方：母子健康手帳の交付日が分かる箇所の写し
⑥病気やけがによる一時利用で申請される方：利用期間を明記した医師の意見書

ごみの排出が困難な理由を記入してください。

連絡先 (本人以外の方)	氏　名：　　(続柄：　　)
	住　所：
	電話番号：　　(　　)

同　意　書

私は、河内長野市ふれあい収集を利用するにあたり、申請にかかる決定に必要な限度及び可否の決定後に家庭ごみの収集を行なうために必要な限度において、河内長野市が保有する私に関する情報を閲覧し、使用することに同意します。

住所

名前

市記入欄	受付No	もえるごみ収集開始日	備考	受付印
	確認書類	資源ごみ収集開始日		