様式第1号の2（第4条関係）

意 見 書

ふれあい収集を必要とする者
氏　　名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　：＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

ふれあい収集を必要とする期間　：
□期間あり　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日
□期間なし

ふれあい収集※が必要となる主な理由：

（　　）

その他症状（詳細等補足する内容）：

（　　）

上記の理由から、ふれあい収集の実施が必要であると考えます。

年　　月　　日

医 療 機 関 名

医 師 氏 名　　印

※ふれあい収集とは
河内長野市では、家庭のごみを集積場所まで持ち出すことが困難な高齢者や、障がいのある方々等をサポートするため、決まった曜日に玄関先でごみを収集する「ふれあい収集」を実施しています。