

名取市高齢者等ごみ出し支援事業補助金利用届出書

令和 年 月 日

名取市長あて

届出者 住 所

氏 名

電話番号（自宅） - -

（携帯電話） - -

名取市高齢者等ごみ出し支援事業補助金交付要綱第3条の規定により、次のとおり提出します。

申請 世帯 の 状 況	世帯主 (利 用 者)	フリガナ 氏名	年 月 日生 (歳)
		<input type="checkbox"/> 高齢者	申請時に満75歳以上である
		<input type="checkbox"/> 介護保険	要支援2以上の認定を受けている
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	1級もしくは2級の交付を受けている
		<input type="checkbox"/> 療育手帳	AもしくはBの交付を受けている
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	1級もしくは2級の交付を受けている
	世帯員	フリガナ 氏名	年 月 日生 (歳)
		<input type="checkbox"/> 高齢者	申請時に満75歳以上である
		<input type="checkbox"/> 介護保険	要支援2以上の認定を受けている
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	1級もしくは2級の交付を受けている
		<input type="checkbox"/> 療育手帳	AもしくはBの交付を受けている
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	1級もしくは2級の交付を受けている
	世帯員	フリガナ 氏名	年 月 日生 (歳)
		<input type="checkbox"/> 高齢者	申請時に満75歳以上である
		<input type="checkbox"/> 介護保険	要支援2以上の認定を受けている
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	1級もしくは2級の交付を受けている
		<input type="checkbox"/> 療育手帳	AもしくはBの交付を受けている
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	1級もしくは2級の交付を受けている

※世帯員の記入欄が不足する場合は、この面を複数枚使用してください。

利用したいごみ出し 支援事業の内容	◎月のおおよその利用回数 (回) ◎利用したい曜日 <input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 ◎その他希望事項 ()
緊急時の連絡先 (親族等)	住所 氏名 電話番号 - - 申請者との関係

同意書

(1) この届出に係る審査において、補助要件の確認のために、名取市が私の世帯に関する個人情報に関係機関へ照会することに同意します。

(2) 名取市シルバー人材センターの福祉・家事援助サービス事業（ごみ出し支援事業に限る）を利用するため、名取市から名取市シルバー人材センターへ、私の世帯に関する個人情報を提供することに同意します。

世帯主（利用者）署名

(代筆の場合) 本人の意思を確認のうえ、代筆しました。代理人署名

名取市記入欄

受付日	要件確認	審査結果	利用開始
	<input type="checkbox"/> 窓口 (手帳等の写し) <input type="checkbox"/> 内部照会	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	