様式第１号（第３条関係）

**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 | 年　　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 氏名 |
| □高齢者 | 申請時に満７５歳以上である |
| □介護保険 | 要支援２以上の認定を受けている |
| □身体障害者手帳 | １級もしくは２級の交付を受けている |
| □療育手帳 | ＡもしくはＢの交付を受けている |
| □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 | 年　　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 氏名 |
| □高齢者 | 申請時に満７５歳以上である |
| □介護保険 | 要支援２以上の認定を受けている |
| □身体障害者手帳 | １級もしくは２級の交付を受けている |
| □療育手帳 | ＡもしくはＢの交付を受けている |
| □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 | 年　　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 氏名 |
| □高齢者 | 申請時に満７５歳以上である |
| □介護保険 | 要支援２以上の認定を受けている |
| □身体障害者手帳 | １級もしくは２級の交付を受けている |
| □療育手帳 | ＡもしくはＢの交付を受けている |
| □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**□月曜日　　□火曜日　　□水曜日　　□木曜日　　□金曜日　　□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を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 |
|  | □窓口（手帳等の写し）□内部照会 | * 該当
* 非該当
 |  |