

ふれあい収集利用（更新）申請書

蓮田白岡衛生組合 管理者 宛

蓮田白岡衛生組合ふれあい収集実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

ふれあい収集の申請に伴い、蓮田市又は白岡市が所有する申請者（利用者）及び家族等に関する個人情報を確認することを承諾します。

		受 付 欄			新 規 ・ 更 新		
		受 付 日	年 月 日		利用者番号 蓮田・白岡ー		
申請者 (利用者)	ふりがな 氏 名				電話番号		
	住 所						
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日		年 齢	歳	性 別 男 ・ 女
代理申請者 及び 緊急連絡先	ふりがな 氏 名				電話番号		
	住 所					申請者との関 係	
	※緊急連絡が可能な電話番号（携帯電話等）						
その他 緊急連絡先	ふりがな 氏 名				電話番号		
	住 所					申請者との関 係	
	※緊急連絡が可能な電話番号（携帯電話等）						
ごみ出しが困難な理由を記入し、該当するところにチェックをしてください。					収集時に声掛けの希望		
申請者同居人（ ）					<input type="checkbox"/> 声掛けを希望する <input type="checkbox"/> 声掛けは希望しない		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 介護保険制度の要介護認定を受けている者 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 介護保険制度の要支援認定を受けている者 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他							

※後日、組合職員による訪問調査を行いますので、代理申請者等の立会いをお願いします。

ごみ出しが困難な理由については、必ず記入をお願いします。

緊急連絡先は、日中必ず連絡が取れる方をお願いします。

※太線枠内は漏れないよう必ず記入してください。