

ごみ出し困難者対策事業利用申込書

令和 年 月 日

大崎町長 殿

申込者 住 所
氏 名
続 柄
電 話

ごみ出し困難者対策事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

世帯の状況	<input type="checkbox"/> 65歳以上で一人暮らしの高齢者 <input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者のみの世帯 (人) <input type="checkbox"/> 一人暮らしの心身障害者 <input type="checkbox"/> 心身障害者のみの世帯 (人) <input type="checkbox"/> その他		
利 用 者	住 所 大崎町 氏 名 電話 - - 生年月日 年 月 日 ()		
同 居 者	氏 名 生年月日 年 月 日 ()		
ごみ出しが できない理由			
現在までの ごみ出しの方法			
利用者の状況	一人暮らしの高齢者	要支援・要介護 (1・2・3・4・5) 不明・認定未申請	
	高齢者のみ の世帯	代表者	要支援・要介護 (1・2・3・4・5) 不明・認定未申請
		同居者	要支援・要介護 (1・2・3・4・5) 不明・認定未申請
	一人暮らしの 心身障害者	障害の程度 (級) その他 ()	
	心身障害者 のみの世帯	代表者	障害の程度 (級) その他 ()
		同居者	障害の程度 (級) その他 ()
町内に居住する親族	住 所 大崎町 氏 名 続 柄 電 話 - -		