

中野市資源物等排出支援事業利用申込書

令和 年 月 日

中野市長 様

資源物等排出支援事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

申 込 者	ふりがな				男・女	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)		
	氏名								
	住所	中野市				居住区	区		
	電話番号				ファックス				
	世帯の状況	高齢者のひとり世帯 ・ 高齢者のみの世帯 ( 人) ・ その他世帯							
	介護保険の状況	要支援 ・ 要介護 の認定				1 . 2 . 3 . 4 . 5			
	障がいの状況	障がいの種類と等級			( 級)				
(申 込 者 を 除 く) 世帯員	氏名	続柄	生年月日	備考	介護保険の認定状況 又は 障がいの種類と等級				
			大正 昭和 平成 年 月 日	要支援・要介護 の認定 1 . 2 . 3 . 4 . 5	障がいの種類と等級 ( 級)				
			大正 昭和 平成 年 月 日	要支援・要介護 の認定 1 . 2 . 3 . 4 . 5	障がいの種類と等級 ( 級)				
連 絡 先 緊 急	住所				電話番号				
	ふりがな				申込者 との関係				
	氏名								
資源物を指定場所まで、出すことが出来ない理由をお書きください。									
今まで資源物等を指定場所まで、どのようにして出していましたか。									

同意書

この申し込みに係る決定及び認定後の中止に関する調査に関し、必要な限度において、市が保有する私の世帯に関する個人情報閲覧し、若しくは利用すること、又は世帯の状況について近隣住民、民生委員及び緊急連絡先等から意見を聴くことについて同意します。また、緊急連絡先の者に対し、本申請への記載に関する承諾は得ています。

申込者署名 \_\_\_\_\_ 世帯員署名 \_\_\_\_\_

【本申請における代理申請の場合】

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_ 申込者との関係 \_\_\_\_\_