

第1号様式(第4条関係)

寒川町ねたきり高齢者世帯等一般廃棄物戸別収集運搬申請書

令和 年 月 日

(宛先)寒川町長

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

利用者との続柄 \_\_\_\_\_

次のとおり寒川町ねたきり高齢者世帯等一般廃棄物戸別収集運搬を申請します。

利用者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日( 歳)	電話	
	住所	寒川町		

申請理由

希望するごみの種類

可燃ごみ 回 |  プラスチック製容器包装 月 回

剪定枝  不燃ごみ  古紙  段ボール  衣類布類

びん  かん  ペットボトル  廃食用油  金属類

蛍光灯・水銀式体温(血圧)計  スプレーかん 月1回

安否確認

ごみ収集の際に声かけを希望します。  ごみ収集の際に声かけを希望しません。

家族状況	氏名	年齢	性別	続柄	職業等	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター 受付印

私は、町が委託する一般廃棄物収集委託業者へこの申請書に記載した情報を提供することについて同意します。

利用者氏名 \_\_\_\_\_

一般廃棄物戸別収集調査表

	調 査 要 件	内 容		確認
1	対象者の身体状況等	高	町内に居住し、 ①ねたきりで、一般廃棄物の搬出ができない。	<input type="checkbox"/>
		齢	②独居高齢者世帯で、一般廃棄物の搬出ができない	<input type="checkbox"/>
		者	③高齢者のみの世帯で、一般廃棄物の搬出ができない	<input type="checkbox"/>
		等	④認知症等で、一般廃棄物の搬出日がわからない。	<input type="checkbox"/>
			(ADLの目安：B、Cランクの人)	
		身障	町内に居住し、歩行障害、視力障害のため、一般廃棄物の搬出ができない。 (ADLの目安：B、Cランクの人)	<input type="checkbox"/>
2	地形、住宅事情などの環境条件	○指定されたごみ集積所まで遠いこと(おおむね30m以上)。エレベーターのない集合住宅内の2階以上等。		<input type="checkbox"/>
3	親族、隣人などの支援状況	○一般廃棄物を搬出する支援者がいない。		<input type="checkbox"/>