

ごみ出し支援サポートシール制度利用申請書

申請日 年 月 日

ご自身でごみ出しのできない世帯の収集に関して、以下のとおり申請します。

| 申請内容 | | 処理希望日 | 利用者住居形態 |
|--|-----|--------------|---------|
| 新規 / 休止 / 再開 / 廃止 / 再発行 | | 令和 年 月 日 | 戸建 ・ 集合 |
| 担当者名 | 連絡先 | ホームヘルパー等事業所名 | |
| | | | |
| 利用者氏名 | | 収集先住所 | 容器設置場所 |
| | | | |
| ※注意事項 | | 備考 | |
| <ul style="list-style-type: none">・ 介護支援専門員(ケアマネジャー)、訪問介護員(ホームヘルパー)又はそれに準ずる方からの申請に限ります。・ 集合住宅での容器設置に関しては、事前に管理者に確認を取る必要があります。・ 集合住宅において、管理組合等で独自にごみ出し支援策を実施している場合には、各集合住宅の支援策を優先してください。・ 制度の利用をやめるときは、生活環境課ごみ・リサイクル係(042-378-2111内線302/303/304)にご連絡の上、容器は自身で撤去してください。 | | | |

※ 以下、環境課使用欄

| 承認欄 | 課長 | 係長 | 担当 |
|-----|----|----|----|
| | | | |

| 収集業者送付者 |
|---------|
| |