

## 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

申請者氏名：

[利用者との関係：ケアマネ・ヘルパー・親族（            ）]

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。

①申請内容	②設置予定日	③住居種類
新規・廃止・再発行	令和    年    月    日～	戸建・集合
④利用者氏名	⑤利用者住所	⑥容器設置位置
⑦介護事業所名等 <small>（※親族単独支援の場合記載不要）</small>	⑧支援担当者	
⑨支援予定日（曜日）		⑩支援者連絡先
月・火・水・木・金・土・日		
⑪備考		
ご利用方法等		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。※親族も可</li> <li>・ 容器は必ず蓋つき容器（ポリバケツ等）にし、鍵はつけないでください。（番号鍵も不可）</li> <li>・ 容器にシールを貼る際は見やすい位置に貼り、市が収集しやすい位置に設置してください。なお、その際は道路にはみ出さないようにしてください。</li> <li>・ 収集はごみ・リサイクルカレンダーの通りですので、収集しやすい入れ方にご協力ください。ごみ・リサイクルカレンダーは市ホームページからダウンロード可能です。</li> <li>・ 集合住宅での容器設置に関しては、事前に管理者に確認および許可を取る必要があります。ご利用者または支援者からご連絡いただきますようお願いいたします。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 廃止の際は、市へ届出してください。なお、容器は自身で撤去してください。</li> </ul>		

※ 以下、生活環境課使用欄

承認欄	課長	係長	受付	事業者 連絡FAX
				<input type="checkbox"/>