

様式第1号（第7条関係）

阿波市高齢者等の粗大ごみ戸別収集登録申請書

令和 年 月 日

阿波市長 様

申請者

住 所

氏 名

連絡先

粗大ごみ等を運ぶ際、親族や近隣住民の協力を得ることが困難なため、次のとおり阿波市高齢者等の粗大ごみ戸別収集を申請します。

	氏名	生年月日	申請対象条件
世帯員			<input type="checkbox"/> 70歳以上の者 <input type="checkbox"/> 運転免許証を有しない者 <input type="checkbox"/> 要介護4以上の認定を受けている者 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級又は2級の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> 療育手帳A1又はA2の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級の交付を受けている者
			<input type="checkbox"/> 70歳以上の者 <input type="checkbox"/> 運転免許証を有しない者 <input type="checkbox"/> 要介護4以上の認定を受けている者 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級又は2級の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> 療育手帳A1又はA2の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級の交付を受けている者

同 意 書

この申請に係る決定及び事業を行うために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を見直し、利用することに同意します。

また、申請対象条件が変更になった場合、戸別収集の対象から外れることに同意します。

申請者氏名

添付書類・・・本人確認書類の写し（運転免許証、運転経歴証明書、健康保険証、年金手帳等）  
マイナンバーカードの場合は、窓口確認のみで写しは不要

	担当課等	確認区分	確認日又は期間満了日	確認者印
資格確認	支所	マイナンバーカード	年 月 日	
	介護保険課	介護認定4以上	年 月 日	
	社会福祉課	身障手帳2級以上	年 月 日	
		療育手帳A2以上	年 月 日	
		精神障害手帳1級	年 月 日	