様式第１号（第３条関係）

王寺町やわらぎ安心収集利用申請書

年　　月　　日

王寺町長　様

申　請　者　住　所
（利用者本人　氏　名
または代理人）　電　話　　－　　－

代理人の場合は利用者との関係　（　　）

王寺町やわらぎ安心収集実施要綱第３条第１項の規定により、次のとおり申請します。

利用者	住所	王寺町	電話	
	ふりがな 氏名		FAX	
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）		
該当要件	□ 要介護度　３～５　□ 身体障害者手帳１・２級 □ 精神障害者保健福祉手帳１級　□ 療育手帳　判定Ａ □ その他（　　） ※該当要件(要介護度、障害の等級等の記載ページ)が確認できる書類の写し(コピー)を添付してください。			
世帯状況（同居人） ※同居人なしの場合、記入の必要はありません。	□ 同居人あり　※該当要件が確認できる書類の写し(コピー)を添付してください。			
	ふりがな 氏名		続柄	
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）		
	該当要件			

同　意　書

本申請による審査のため、利用者及びその世帯の必要な個人情報を王寺町が保有する情報により閲覧し、使用すること及び現況等について聴取することに同意します。

年　　月　　日　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先	※収集時の安否確認で応答がない場合の連絡先をご記入ください。 連絡先の同意を得た上でのご記入をお願いします。			
	①　住所			
	ふりがな 氏名		利用者との関係	
	電話(固定)		電話(携帯)	
	②　住所			
	ふりがな 氏名		利用者との関係	
	電話(固定)		電話(携帯)	