

茨木市スマイル収集実施要綱

(目的)

第1 この要綱は、日常の家庭生活に伴って家庭から排出されるごみ等（以下「家庭ごみ等」という。）をごみ集積場所まで持ち出すことが困難な高齢者、障害者等の世帯に対し、市が戸別に訪問し、家庭ごみ等を収集すること（以下「スマイル収集」という。）により、高齢者、障害者等の負担を軽減することを目的とする。

(対象世帯)

第2 スマイル収集の対象となる世帯は、次の各号のいずれにも該当する世帯とする。

(1) 市内に居住する世帯

(2) 全ての世帯員が次のいずれかに該当する世帯

ア 介護保険法（平成9年法律第123号）第27条第7項の規定による要介護認定において要介護度3以上の認定を受けた65歳以上の者

イ 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定による身体障害者手帳の交付を受け、かつ、障害の程度が1級又は2級である者

ウ 大阪府療育手帳に関する規則（平成12年大阪府規則第42号）第7条第2項の規定による療育手帳の交付を受け、かつ、障害の程度がAである者

エ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条第2項の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付を受け、かつ、障害の程度が1級である者

オ アからエまでに掲げる者のほか、市長が家庭ごみ等をごみ集積場所まで持ち出すことが困難であると認める者

(3) 全ての世帯員が家庭ごみ等を市長が指定するごみ集積場所まで持ち出すことが困難な世帯

(4) 親族、近隣に居住する世帯等からごみ出しの協力を得ることが困難な世帯（収集する家庭ごみ等）

第3 スマイル収集の対象となる家庭ごみ等は、対象世帯から排出される次に掲げるものとする。

(1) 茨木市廃棄物の減量及び適正処理に関する条例（平成19年茨木市条例第18号）第2条第2項第1号に規定する家庭系廃棄物（次号に掲げるものを除く。）

(2) 茨木市廃棄物の減量及び適正処理に関する規則（平成19年茨木市規則第60号）第3条に規定する資源物

(費用の負担)

第4 スマイル収集の利用に係る費用は、無料とする。

(利用の申込み)

第5 スマイル収集を利用しようとする世帯の代表者又はその代理人（以下「申込者」という。）は、茨木市スマイル収集利用申込書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

(世帯の調査)

第6 市長は、第5の規定による申込書の提出があったときは、利用の申込みのあった世帯の居宅を訪問し、茨木市スマイル収集面接票（様式第2号）を用いて必要な調査を行うものとする。

(利用の決定)

第7 市長は、第6の規定による調査後速やかにその結果を審査し、適当と認めたものについて利用の決定を行い、茨木市スマイル収集利用決定通知書（様式第3号）により申込者に通知するものとする。

(排出の方法等)

第8 スマイル収集を利用する世帯は、家庭ごみ等を品目ごとに分別し、あらかじめ指定された収集日に玄関先等へ排出しなければならない。

2 前項の場合において、大型粗大ごみ（最長の一边の長さが1メートル以上のものをいう。）を排出しようとするときは、あらかじめ市長に申し出て、その承諾を受けなければならない。

3 市長は、特に必要と認めるときは、第1項の収集日等を変更することができる。

(変更等の申出)

第9 申込者は、利用の申込みの内容を変更し、一時停止し、再開し、又は停止しようとするときは、茨木市スマイル収集利用（変更・一時停止・再開・停止）申出書（様式第4号）を市長に提出し、その承認を受けなければならない。

2 前項の場合において、市長が必要と認めるときは、第6の調査を改めて行うものとする。

(収集の中止等)

第10 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、スマイル収集を中止し、又はスマイル収集の決定を取り消すことができる。

(1) この要綱に違反したとき。

(2) 虚偽その他不正な行為によりスマイル収集を利用し、又は利用しようとしたとき。

(3) 第2に規定する対象となる世帯に該当しなくなったとき。

(4) 第9第1項の申出がないまま長期不在等により申込者、他の世帯員及び緊急連絡先と連絡が取れなくなったとき。

(5) 前各号に掲げる場合のほか、スマイル収集を実施することが著しく困難である

と認められるとき。

- 2 市長は、前項の規定により、スマイル収集を中止し、又はスマイル収集の決定を取り消すときは、茨木市スマイル収集利用（中止・取消）決定通知書（様式第5号）により申込者に通知するものとする。

（その他）

- 第11 この要綱に定めるもののほか、スマイル収集について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和元年5月1日から実施する。

(申込先) 茨木市長

年 月 日

住所

氏 名

電話番号

攜帶電話

茨木市スマイル収集実施要綱第5の規定により、次のとおり申し込みます。

代表者氏名		生年月日	年	月	日
住所		電話番号	()		
現在の状況、その他特記事項		☐ 介護保険要介護度 () ☐ 身体障害 (1 級 ・ 2 級) ☐ 療育判定 (A) ☐ 精神障害 (1 級) ☐ その他 ()			
同居者氏名		生年月日	年	月	日
現在の状況、その他特記事項		☐ 介護保険要介護度 () ☐ 身体障害 (1 級 ・ 2 級) ☐ 療育判定 (A) ☐ 精神障害 (1 級) ☐ その他 ()			
同居者氏名		生年月日	年	月	日
現在の状況、その他特記事項		☐ 介護保険要介護度 () ☐ 身体障害 (1 級 ・ 2 級) ☐ 療育判定 (A) ☐ 精神障害 (1 級) ☐ その他 ()			
同居者氏名		生年月日	年	月	日
現在の状況、その他特記事項		☐ 介護保険要介護度 () ☐ 身体障害 (1 級 ・ 2 級) ☐ 療育判定 (A) ☐ 精神障害 (1 級) ☐ その他 ()			
※介護保険被保険者証の要介護状態区分、身体障害者手帳の障害等級、療育手帳の障害の程度、精神障害者保健福祉手帳の障害等級その他介助又は介護を要する程度が分かる書類の写しを添付してください。					
※現在のごみの排出方法を記入してください。 本人・家族 (具体的に：) ・同居でない親族・近所の人・知人・ヘルパー その他 (具体的に：)					
※ごみの排出が困難な理由を記入してください。					
緊急連絡先 (世帯以外の方の 連絡先を記入し てください。)		氏名 (世帯との関係)			
		住所			
		電話番号 ()		携帯電話 ()	
同 意 書					
全ての世帯員は、茨木市スマイル収集を利用するに当たり、申込みに係る決定に必要な限度及び決定後に 家庭ごみの収集を行うために必要な限度において、茨木市が保有する全ての世帯員に関する情報を上記申請 内容の確認のため閲覧し、使用することに同意します。					
代表者		同居者			
住所		住所			
名前 (印)		名前 (印)			
同居者		同居者			
住所		住所			
名前 (印)		名前 (印)			

様式第2号（第6関係）

茨木市スマイル収集面接票

受付番号 _____

面接年月日	年 月 日	担当者氏名	
介護サービス 等利用者氏名		申込者氏名	

1 確認事項

要件の 確認	要介護度、障害程度の手帳による確認	☐ 確認（手帳 No. _____） ☐ 未確認 ☐ 期限 _____ 年 月 日
	同居人がいる場合の状況	☐ 対象者同士 ☐ 児童との同居 ☐ その他（ _____ ）
	集積場所までごみの排出ができない状況の確認	☐ 確認 ☐ 未確認
	収集が玄関先までとなることの確認	☐ 確認 ☐ 未確認
	現在のごみの排出状況	☐ 協力があつた 誰が（ _____ ） ☐ なかった どうしていたか（ _____ ）
	協力があつた場合に、今後の協力が得られないことの確認	理由（ _____ ）
	利用の確認事項の説明、内容の確認	☐ 確認した（ ☐ 本人 ☐ 代理人） ☐ 確認できなかった 未確認事項（ _____ ）

2 打合せ

収集場所	☐ 玄関先 ☐ その他（ _____ ）
	☐ 共同住宅 階 _____ 号室 オートロック ☐ あり ☐ なし オートロックの開閉方法（ _____ ） エレベーター ☐ あり ☐ なし ☐ その他（ _____ ）
	普通ごみ（約 _____ 袋） 小型粗大ごみ（約 _____ 個） 分別された資源物（約 _____ 袋） 古紙類（約 _____ 束） 古布（約 _____ 袋） ※大型粗大ごみは、事前連絡が必要です。
	ごみの量の確認
ごみ収集日	
ホームヘルパーの利 用状況	本人によるごみの排出が可能か ☐ 可能 ☐ 不可能 不可能な場合の対応（ _____ ）
備考 （その他の配慮事項）	
関係課への照会 確認事項	

様式第3号（第7関係）

茨 第 号
年 月 日

様

茨木市長

茨木市スマイル収集利用決定通知書

年 月 日付けで申込みのありました件について、茨木市スマイル収集実施要綱第7の規定により、次のとおり通知します。

茨木市スマイル収集を 実施します。 ・ 実施できません。

申込世帯	代表者氏名	
	住所	茨木市
収集日	年 月 日（ ）から毎週 曜日	
実施できない理由		
特記事項		

注意事項

- 1 収集日は、必ず守ってください。
- 2 ごみは、「ごみと資源物の分け方・出し方」に基づいて分別して出してください。
- 3 スマイル収集開始後であっても、申込内容と事実が異なる場合は、収集を中止し又は取り消すことがあります。
- 4 ごみ収集以外の業務については、対応できません。

受付番号

茨木市スマイル収集利用（変更・一時停止・再開・停止）申出書

年 月 日

（申出先）茨木市長

申出者（代表者・代理人） 住 所 _____
 代理人の場合 氏 名 _____ ㊞
 （世帯との関係： ） 電話番号 () _____
 携帯電話 () _____

茨木市スマイル収集実施要綱第9の規定により、スマイル収集の利用を
 ので次のとおり申し出します。

変更
 一時停止
 再開
 停止

 したい

代表者氏名		生年月日	年 月 日
住所	茨木市	電話番号	()
現在の状況、その他 特記事項	☐ 介護保険要介護度 () ☐ 身体障害（1級・2級） ☐ 療育判定（A） ☐ 精神障害（1級） ☐ その他 ()		
（変更・一時停止・再開・停止）年月日		年 月 日	
理由			
変更内容			
一時停止の予定 注意：一時停止した世帯は、改めて再開 の申出を行ってください。		年 月 日 ～ 年 月 日	

様式第 5 号（第 10 関係）

茨 第 号
年 月 日

様

茨木市長

茨木市スマイル収集利用（中止・取消）決定通知書

年 月 日付けの茨木市スマイル収集の利用の決定について、茨木市スマイル収集実施要綱第10の規定により、（中止し・取り消し）したので通知します。

記

申込世帯	代表者氏名	
	住所	茨木市
中止・取消日		年 月 日（ ）の収集から
中止・取消しの理由		
特記事項		