

受 付 欄

茨木市スマイル収集利用申込書

（申込先）茨木市長

年 月 日

申込者（代表者・代理人） 住 所 \_\_\_\_\_  
 代理人の場合 氏 名 \_\_\_\_\_ ④  
 （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	茨木市	電話番号	( )
現在の状況、その他特記事項	<input type="checkbox"/> 介護保険要介護度 ( ) <input type="checkbox"/> 身体障害 (1級・2級) <input type="checkbox"/> 療育判定 ( A ) <input type="checkbox"/> 精神障害 (1 級) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護保険要介護度 ( ) <input type="checkbox"/> 身体障害 (1級・2級) <input type="checkbox"/> 療育判定 ( A ) <input type="checkbox"/> 精神障害 (1 級) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護保険要介護度 ( ) <input type="checkbox"/> 身体障害 (1級・2級) <input type="checkbox"/> 療育判定 ( A ) <input type="checkbox"/> 精神障害 (1 級) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護保険要介護度 ( ) <input type="checkbox"/> 身体障害 (1級・2級) <input type="checkbox"/> 療育判定 ( A ) <input type="checkbox"/> 精神障害 (1 級) <input type="checkbox"/> 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	名前	④ _____ ④	
同居者	同居者		
住所	住所	_____	
名前	名前	④ _____ ④	