

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 \_\_\_\_\_ ⑩  
 （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	<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 ( )		
(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