

上越市ごみ分別及び搬出支援事業利用承認申請書

年 月 日

(宛先) 上越市長

申請者 住 所 上越市
氏 名
電話番号

次のとおり上越市ごみ分別及び搬出支援事業の利用の承認を申請します。

世帯区分	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯			
申請理由	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 身体が虚弱 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
希望する支援内容	<input type="checkbox"/> ごみの搬出 <input type="checkbox"/> ごみの分別及び搬出			
世帯の状況	世帯員の氏名	申請者との続柄	生年月日	備考
		本人	年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

※ 記載された個人情報は、上越市ごみ分別及び搬出支援事業に関する業務以外には使用しません。