

燃えるごみ専用袋福祉加算配布申請書

(宛先) 箕面市長

年 月 日

箕面市廃棄物の発生抑制、資源化、適正処理等に関する条例施行規則第12条の2第1項の規定により次のとおり申請します。また、その審査のため、福祉的配慮を必要とする者（対象者）の住民基本台帳、要介護認定状況等について市が確認することに同意します。

対象者	氏名	(ふりがな)					
	生年月日	年 月 日					
	連絡先	住所 電話番号 — —					
申請理由 (該当箇所にチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 紙おむつ	<input type="checkbox"/> 65歳以上のかた					
		<input type="checkbox"/> 65歳未満のかた <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 5px;"><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持している。</td> <td><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を所持している。</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 5px;"><input type="checkbox"/> 療育手帳を所持している。</td> <td><input type="checkbox"/> 要介護・要支援で紙おむつの給付を受けている。</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 5px;"><input type="checkbox"/> 紙おむつの給付で所得制限により給付されなかった。</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持している。	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を所持している。	<input type="checkbox"/> 療育手帳を所持している。	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援で紙おむつの給付を受けている。	<input type="checkbox"/> 紙おむつの給付で所得制限により給付されなかった。
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持している。	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を所持している。					
	<input type="checkbox"/> 療育手帳を所持している。	<input type="checkbox"/> 要介護・要支援で紙おむつの給付を受けている。					
<input type="checkbox"/> 紙おむつの給付で所得制限により給付されなかった。							
<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 65歳以上のかた						
	<input type="checkbox"/> 65歳未満のかた <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 5px;"><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持している。</td> <td><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を所持している。</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 5px;"><input type="checkbox"/> 療育手帳を所持している。</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持している。	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を所持している。	<input type="checkbox"/> 療育手帳を所持している。			
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を所持している。	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を所持している。						
<input type="checkbox"/> 療育手帳を所持している。							
<input type="checkbox"/> 在宅腹膜透析 <input type="checkbox"/> 在宅中心静脈栄養法 <input type="checkbox"/> 在宅成分栄養経管栄養法		※在宅で実施していることを証する書類（処方せん、お薬手帳、領収書、医師の指示書等の写し）を添付してください。					

上記の申請理由により、在宅で日常的にごみとして出していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---------------------------------	--

申請者	対象者との関係	(当てはまる番号に○を付け、必要事項を記入してください) 1 本人 ※本人の場合には、以下の氏名、連絡先の記載は不要です。 2 同一の世帯に属する者：続柄 () 3 代理人：()
	氏名	
	連絡先	住所 電話番号 — —