

指定袋等交付要件該当申告書

年 月 日

(申告先) 長野市 長

〒
窓口に来られた方 住所 長野市
氏名
電話
対象者との続柄

指定袋等の交付を受けたいので、下記のとおり交付要件に該当することを申告します。

記

1 対象者

Table with 2 columns: 住所 (長野市), ふりがな, 氏名, 生年月日 (明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日)

2 減免を受けようとする理由 (A欄、B欄の該当する口にレ点等を記入してください。)

Table A: 1 紙おむつを常時使用している (一時的な使用は対象外), 2 医療廃棄物等を日常的かつ多量に家庭ごみとして排出している (在宅自己腹膜灌流、在宅自己導尿、人工肛門等に伴う医療廃棄物を想定) ※主な医療廃棄物の内容についてご記入ください

※ 以下のB1~B4のいずれかに該当

Table B: 1 介護保険の要介護又は要支援の認定を受けている, 2 身体障害者手帳の交付を受けている, 3 療育手帳の交付を受けている, 4 医師等が発行した紙おむつ又は在宅医療用具の使用を証する書類の交付を受けている

※ B欄で選択していただいた内容について確認をさせていただきますのでご了承ください。

3 希望容量

Table with 2 columns: 300, 200 ※, どちらか一方を選択

※ 「200の指定袋」は数量に限りがある関係上、ご要望に応じられない場合もありますのでご了承ください。

4 翌年度以降につきましては、当市より対象者に対し「減費用可燃ごみ指定袋」を配送いたします。配送先を対象者の上記1の住所以外へご希望される場合は下欄にご記入ください。

Table with 2 columns: 住所, 氏名

■可燃ごみ袋を窓口で受領しました。

Table with 2 columns: 現年度分 受領サイン, 新年度分 受領サイン

※新年度分の交付は2~3月申告時期のみ

注1) 対象者が要件に該当しなくなった場合(市外転出、長期にわたる入院・施設入所等)はご連絡ください。本件申告による登録を非該当事由発生日より取消いたします。非該当事由発生日における交付済の指定袋については、未使用分の返還を求めています。生活環境課 TEL 026-224-5035

注2) 不正な申し出と判明した場合は交付した指定袋の返還を求めています。

※ 以下は市担当者が記入

交付枚数, レシート日付 (年 月 日), 押印がない場合の本人確認 (例: 運転免許証など)

【交付枚数の参考】

Table with columns: 交付月, 年度, 可燃(30%), 可燃(20%), A1該当者, A2該当者, A1及びA2の両方に該当

【住基端末における宛名個人基本情報の確認】

- <住民票内容表示画面>「介護」欄における受給者情報の有無 => 上記のA1該当 => 手帳等の確認
<内容表示画面>「後期高齢者医療」欄における障害認定情報の有無 => 上記のB2該当(B4の可能性も) => 手帳等の確認

【受付場所】

生活環境課 ( )支所 ( )課 担当者 :