

〇〇年 〇〇月 〇〇日

## ごみ収集福祉サービス 中止・中断届

入院、施設入院、その他の事情でごみ収集福祉サービスの提供を中止または中断する場合は、必ず本届出書を提出してください。

(サービス利用者又は届出書作成者)

住所 京都市〇〇区△△町1番地

氏名又は事業所名(担当者名)

〇〇園 担当□□

電話番号 123-4567

私(氏名) 京都 一郎 は、以下の理由により「ごみ収集福祉サービス」を 中止・**中断** していただくよう申請します。

理由	〇×病院へ入院するため
----	-------------

「中止」とは、サービスを終了することです。  
「中断」とはサービスを一時的に停止することです。

中止の日	△△年 △△月 △△日
------	-------------

<中断の場合>

「中止」する場合は「サービスを中止する日」を記入してください。  
「中断」する場合は「中断をする期間」を記入してください。

中断期間	□□年 □□月 □□日から □□年 □□月 □□日まで
------	-----------------------------

※ 中断期間が変更になった場合は、担当区域のまち美化事務所まで連絡してください。