社会実験第１号様式（第７条関係）　　年　　月　　日

社会実験用ごみ収集福祉サービス申請書

（あて先）京　都　市　長

（申請者）
住　所　〒
氏名（ふりがな）

電話番号
（申請代行者）
事業者名（ふりがな）

電話番号

京都市ごみ収集福祉サービスの拡充に向けた社会実験実施要綱第７条に基づき、下記のとおり社会実験におけるごみ収集福祉サービスを申請します。

記

１　サービス利用世帯

住所	〒		
氏名	（ふりがな）		
生年月日		電話番号	
同居人	□　有（　　人）	□　無	
介護認定等	□　介護保険法による介護保険サービス		
	□　障害者総合支援法による障害福祉サービス		
利用サービスの詳細			
声かけ	□　有	□　無	

（同居者の状況）

同居者の氏名	年　齢	申請者との続柄

２　担当事業者　※担当者欄については、申請の窓口を担当される方の氏名を記入してください。

住所	〒		
事業者名	（ふりがな）		
担当者	（ふりがな）	電話番号	

３　緊急連絡先　　※原則２週間連続して排出がなかった場合に、まち美化事務所から安否確認の電話を行います。

氏名	（ふりがな）	（サービス利用者との間柄　：　　）
電話番号		