

様式第1号（第5条関係）

大空町高齢者等介護世帯応援ごみ袋支給申請書

年 月 日

大空町長 様

申請者	住 所	大空町
	氏 名	
	電 話 番 号	

次のとおり、大空町高齢者等介護世帯応援ごみ袋支給要綱の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。また、対象者が支給の要件を満たしていることを誓約し、大空町が課税状況を確認し、申請内容について関係機関に照会、調査することに同意します。

（対象高齢者等に関すること）

氏 名	生 年 月 日	身体障害者手帳 ・療育手帳所持
	年 月 日生	有 ・ 無
	年 月 日生	有 ・ 無
	年 月 日生	有 ・ 無

（注1）常時紙おむつを使用していることを証する書類を添付してください。