

指定収集袋（ごみ袋）交付申込書
（ストーマ用装具使用者・腹膜透析実施者用）

令和 3 1 年 月 日

熊 本 市 長 様

（申込者）住所：〒 860-8601

熊本市中央区手取本町 1 - 1

氏名： 熊本 花子

電話番号： 0 9 6 - 3 2 8 - 2 3 5 9

対象者との関係（続柄等）：長女

押印（シャチハタは不可）(2)

（申込者（対象者本人又は親族の方）の住所等を記入（裏面 1参照））

該当する箇所にチェック(3)

（ごみ袋）の交付を受けたいので、熊本市廃棄物処理手数料の減免及び指定集袋の交付に関する要綱第 5 条の規定により、次のとおり申し込みます。
 なお、対象者は次のとおりであることに相違ありません。
 また、指定収集袋（ごみ袋）は、対象者の住所に送付されるようお願いします。

対象者の住所等を記入(4)

<input checked="" type="checkbox"/>	在宅でストーマ用装具を使用中	（対象者） 住所：〒860 - 8601 熊本市 中央区手取本町 1 - 1
<input type="checkbox"/>	在宅で腹膜透析を実施中	ふりがな くまもと たろう 氏名：熊本 太郎 生年月日：昭和 14 年 1 月 23 日

必ずふりがなを記入

提出もれのないように(5)

（必要書類）
 ストーマ用装具を使用していることや腹膜透析を実施していることが確認できる書類（コピーで可）が必要です。
 （例）処方箋、装具などを購入したレシートや領収証、自立支援医療費受給者証など

（市使用欄）	受付	要件確認	書類確認

【記入上の注意】

- 1 申込者（対象者本人又は親族の方）の住所、氏名、電話番号及び対象者との関係（続柄等）を記入してください。
- 2 申込者の印鑑を必ず押してください。シャチハタは使用できません。
- 3 該当するものにチェック（）をしてください。
- 4 対象者（ストーマ用装具を使用している方、又は腹膜透析を実施している方）の住所、氏名、生年月日を記入してください。
- 5 ストーマ用装具を使用していることや、腹膜透析を実施していることが確認できる書類（コピーで可）が必要です。

腹膜透析実施者への注意事項

身体障害者手帳の写しでは要件確認ができませんので、自立支援医療費受給者証などを用意してください。

熊本市重度障害者日常生活用具給付事業において、ストーマ装具の給付の対象となっている方については、申請の必要はありません。

【お問い合わせ】熊本市廃棄物計画課 096 - 328 - 2359