

聖籠町告示第43号

聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業実施要綱を次のように定める。

令和2年3月31日

聖籠町長 西脇 道夫

聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この告示は、日常生活に伴い家庭から排出される一般廃棄物を、自らごみステーションまで搬出することが困難な高齢者や障害者（以下「高齢者等」という。）のみの世帯に対し、ごみを戸別収集する事業（以下「ごみ出し支援事業」という。）を実施することにより、日常生活の負担を軽減し、もって高齢者等の福祉の増進に資することを目的とする。

(定義)

第2条 この告示において使用する用語は、次に掲げるもののほか、廃棄物の処理及び清掃に関する法律（昭和45年法律第137号）で使用する用語の例による。

- (1) 高齢者 65歳以上の者で、介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する要支援又は要介護の認定を受けている者をいう。
- (2) 障害者 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のいずれかを所持している者をいう。
- (3) ごみ 町長が別に定めるごみの分別方法に従い分別された、燃やせるごみ、燃えないごみ、プラスチック、ペットボトル、紙パック、缶、びん及び古紙をいう。

(対象世帯)

第3条 ごみ出し支援事業を利用できる世帯は、町内に住所を有し、かつ、居住している者で構成する次の各号のいずれかに該当する世帯のうち、自らごみをごみステーションまで搬出することが困難であり、他の者からごみ出しの協力を得ることができない世帯とする。

- (1) ひとり暮らしの高齢者又は高齢者のみで構成される世帯

(2) ひとり暮らしの障害者又は障害者のみで構成される世帯

(3) 高齢者及び障害者のみで構成される世帯

(4) その他町長が必要と認める世帯

(申請手続)

第4条 ごみ出し支援事業の利用の申込みをしようとする世帯の世帯主(以下「申請者」という。)は、聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業利用申請書(別記様式第1号)に關係書類を添えて町長に提出しなければならない。

(調査及び決定等)

第5条 町長は、前条の規定による申請書の提出があったときは、速やかに当該申請に係る世帯の状況等を調査し、利用の可否を決定するとともに、聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業利用決定通知書(別記様式第2号)により申請者に通知しなければならない。

(収集方法等)

第6条 前条の規定により利用可の決定を受けた者の世帯(以下「利用世帯」という。)は、あらかじめ町長が指定する利用世帯の家屋外の場所にごみを排出するものとする。

2 町長は、前項の規定により利用世帯が排出したごみを、決められた日に収集するものとする。

3 ごみの収集を行う職員等は、利用世帯の家屋内に立ち入って収集してはならない。

4 ごみの収集回数は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1) 可燃ごみ 週1回

(2) 不燃ごみ 月1回

(3) 資源ごみ 月1回

5 前項の規定にかかわらず、町長が必要と認めるときは、ごみの収集回数を変更することができる。

6 町長は、ごみの排出場所について、利用世帯と協議のうえ変更することができるものとする。

(安否確認)

第7条 町長は、安否確認を希望した利用世帯のごみの収集時に、利用世帯の指定する方法により安否確認を行うものとする。

2 町長は、前項の場合において利用世帯の安否確認ができなかったときは、利用世帯が指定する緊急連絡先に連絡するものとする。

(利用の中止、一時停止及び再開)

第8条 利用世帯の世帯主は、次の各号のいずれかに該当するときは、聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業利用変更届(別記様式第3号。以下「利用変更届」という。)により、町長に届け出なければならない。

(1) 第3条に規定する対象世帯に該当しなくなったとき。

(2) ごみ出し支援事業の利用を中止しようとするとき。

(3) 入院その他の理由により一時的にごみ出し支援事業の利用を停止しようとするとき。

2 町長は、前項の規定により、同項第1号又は第2号に該当する旨の届出があったときは当該届出に係る利用世帯に対するごみ出し支援事業の実施を中止し、同項第3号に該当する旨の届出があったときは当該届出に係る利用世帯に対するごみ出し支援事業の実施を一時停止するものとする。

3 第1項の規定により、同項第3号に該当する旨の届出をした利用世帯の世帯主は、ごみ出し支援事業の利用を一時停止する事由がなくなったときは、利用変更届により、町長に届け出なければならない。

4 町長は、前項の規定による届出があったときは、当該届出に係る利用世帯に対するごみ出し支援事業を再開するものとする。

(利用の決定の取消し)

第9条 町長は、利用世帯の世帯主又は世帯員が次の各号のいずれかに該当したときは、ごみ出し支援事業の利用の決定を取り消すことができる。

(1) 偽りその他不正の手段によりごみ出し支援事業の利用の決定を受けたとき。

(2) 前条第1項に規定する届出がないまま、長期(おおむね2週

間以上の期間をいう。)不在の状況になったとき。

(3) 前2号に掲げる場合のほか、ごみ出し支援事業の実施に支障があると認められるとき。

(委任)

第10条 この告示に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和2年4月1日から施行する。

別記様式第1号(第4条関係)

聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業利用申請書

年 月 日

(あて先) 聖籠町長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
生年月日 _____ 年 月 日生
電話番号 _____

聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者の 状 況	① 同居家族が <input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない (いる場合は※に世帯員を記入) ② 同居家族以外にごみ出しを手伝ってくれる人が <input type="checkbox"/> いる・ <input type="checkbox"/> いない ③ その他 _____ <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ※65歳以上である。 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 被保険者番号・手帳番号 _____
※ 同居者が いる場合	氏名 _____ 年 月 日 申請者との続柄 _____ <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ※65歳以上である。 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 被保険者番号・手帳番号 _____
	氏名 _____ 年 月 日 申請者との続柄 _____ <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ※65歳以上である。 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 被保険者番号・手帳番号 _____
連絡先 親族等	氏名 _____ 住所 _____ 申請者との関係 _____ 電話番号(携帯) _____

聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業の対象者である証明として、介護保険被保険者証又は障害者手帳等の写しを添付してください。

同意書	
聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業を利用するにあたり、申請内容の審査・決定・収集実施・再調査において、本申請書及び添付書類の内容について調査することに同意します。	
申請者氏名	印

(裏)

◎ 下欄内は現在のごみ出しの状況について、担当ケアマネージャー、保健師において記入して下さるようお願いします。

①自分でごみをごみステーションまで持っていくことを <input type="checkbox"/> している・・・②へ <input type="checkbox"/> していない・・・③へ	
②している場合→今後ごみ出しが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (理由: _____)	
③していない場合→実際ごみ出しをしている方はどなたですか <input type="checkbox"/> 介護保険・障害福祉サービスのホームヘルパー <input type="checkbox"/> 左記以外のホームヘルパー <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> 別居の親族 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
④その他特記事項	
状 況	事業所名
確認者	氏 名

◎ 安否確認を希望しますか。

希望する

(方法: 声かけ 電話 その他 _____)

希望しない

別記様式第2号（第5条関係）

聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業利用決定通知書

第 号
年 月 日

様

聖籠町長

年 月 日付けで申請のあった、聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業の利用について、次のとおり決定したので通知します。

1 決定内容

ごみ出し支援事業の利用を 可・否 とします。

【否とする場合は、その理由】

2 収集開始日

燃やせるごみ、燃えないごみ、プラスチック、ペットボトル、紙パック、缶、びん及び古紙を 年 月 日（ ）から収集します。

3 収集場所及び時間

ご自宅の玄関先等にごみの種類ごとに分別し、収集日の午前8時30分までに出してください。

4 収集回数は原則として次のとおりです。

※ 安否確認を希望された方には、収集日ごとに声かけ等による安否確認をします。

安否確認ができない場合は、あなたが指定した連絡先親族等に連絡します。

- (1) 可燃ごみ 週1回 毎週 曜日（祝日の場合は翌日）
- (2) 不燃ごみ 月1回 毎月 第 曜日（祝日の場合は翌日）
- (3) 資源ごみ 月1回 毎月 第 曜日（祝日の場合は翌日）

5 注意事項

収集職員等が家屋内へ入ることはできません。

申請時に記載した内容が変更になったとき、又は家族と同居することになったなどの理由でこのごみ出し支援が必要でなくなったときは、速やかに担当ケアマネージャー、保健師又は長寿支援課（電話 27-6511）まで連絡してください。

必要に応じて、担当ケアマネージャー、保健師が申請時の同意に基づき再調査を行います。

別記様式第3号（第8条関係）

聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業利用変更届

年 月 日

（あて先） 聖籠町長 様

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
電話番号 _____

次の理由により、聖籠町高齢者等ごみ出し支援事業の利用を（一時停止・再開・中止）したいので、届け出します。

（一時停止・再開・中止）の理由

理由	
停止期間	年 月 日から 年 月 日まで
希望再開日	年 月 日から
希望中止日	年 月 日から

◎下欄内は現在の状況について、担当ケアマネージャー、保健師において記入してください。よろしくお願ひします。

上記内容に <input type="checkbox"/> 相違ありません。 <input type="checkbox"/> 相違あります。・・・相違内容をご記入ください。	
状 況 確認者	事業所名 氏 名