

ごみ出し支援活動実施団体登録申請書

年 月 日

（あて先）仙 台 市 長

住所 〒 \_\_\_\_\_ 仙台市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

団体名 \_\_\_\_\_

代表者 職・氏名 \_\_\_\_\_ (※)

※代表者本人が手書きしない場合は記名押印してください。

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

地域ごみ出し支援活動促進事業奨励金交付要綱第7条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて団体の登録を申請します。

また、暴力団等の関係を有していないことを誓約します。なお、説明を求められた際は誠実に対応いたします。

記

（フリガナ） 団体の名称	
団体の種類	<input type="checkbox"/> 町内会・自治会 <input type="checkbox"/> 老人クラブ <input type="checkbox"/> 地区社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> NPO 法人 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
活動実施区域	※活動地域が明確になるよう記載してください。
活動員数	_____ 名
市 HP 掲載可否	可 ・ 否      ※ HP 掲載の有無に関わらず、活動区域にお住まいの方から問い合わせがあった場合には、団体を紹介することがあります。
添付書類	1 規則や会則等団体の目的や活動内容がわかる資料…一式（※必須） 2 奨励活動対象世帯名簿… _____ 枚（※支援する世帯が決まっている場合のみ）

登録番号  
団体名

様式第2号（第7条第2項関係）

計 \_\_\_\_\_ 名  
( \_\_\_\_\_ 世帯)

### 奨励活動対象世帯名簿

※ 記載にあたっては、ひとつの世帯につきすべての世帯員を記載してください。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

番号	(フリガナ) 対象者氏名	住所	生年月日	該当事由	世帯員に関する特記事項 ※ひきこもり状態にある等ごみ出しが困難な理由を記載ください。 ※確認者は民生委員または町内会長
1		仙台市 区	T・S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 満75歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <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	ごみ出しが困難な理由 _____ _____ 確認者役職 _____ 氏名 _____
2		仙台市 区	T・S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 満75歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <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	ごみ出しが困難な理由 _____ _____ 確認者役職 _____ 氏名 _____
3		仙台市 区	T・S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 満75歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <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	ごみ出しが困難な理由 _____ _____ 確認者役職 _____ 氏名 _____
4		仙台市 区	T・S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 満75歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <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	ごみ出しが困難な理由 _____ _____ 確認者役職 _____ 氏名 _____

番号	(フリガナ) 対象者氏名	住所	生年月日	該当事由	世帯員に関する特記事項 ※ひきこもり状態にある等ごみ出しが困難な理由を記載ください。 ※確認者は民生委員または町内会長
5		仙台市 区	T・S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 満 75 歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <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	ごみ出しが困難な理由 _____ _____ 確認者役職 _____ 氏名 _____
6		仙台市 区	T・S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 満 75 歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <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	ごみ出しが困難な理由 _____ _____ 確認者役職 _____ 氏名 _____
7		仙台市 区	T・S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 満 75 歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <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	ごみ出しが困難な理由 _____ _____ 確認者役職 _____ 氏名 _____
8		仙台市 区	T・S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 満 75 歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <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	ごみ出しが困難な理由 _____ _____ 確認者役職 _____ 氏名 _____
9		仙台市 区	T・S・H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 満 75 歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <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	ごみ出しが困難な理由 _____ _____ 確認者役職 _____ 氏名 _____

登録番号

様式第5号（第8条関係）

年 月 日

（あて先）仙台市長

住所 〒 \_\_\_\_\_ 仙台市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

団体名 \_\_\_\_\_

代表者 職・氏名 \_\_\_\_\_ (※)

※代表者本人が手書きしない場合は記名押印してください。

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

### 地域ごみ出し支援活動促進事業奨励金請求書

奨励活動を実施いたしましたので、地域ごみ出し支援活動促進事業奨励金交付要綱第8条の規定により、奨励金を請求いたします。

記

奨励活動実施年月日 (今期申請分)	年 月 日 ~ 年 月 日								
奨励活動実施回数	家庭ごみ等 (粗大以外)			回/粗大ごみ等			回		
奨励金請求額	円 (※家庭ごみ等：140円×実施回数、粗大ごみ等：280円×実施回数。上限100,000円)								
添付書類	1 実績報告明細書 兼 要件確認調査同意書 (様式第6号) … _____ 世帯分 (枚) 2 その他必要な書類… ( _____ )								
口座振替申込 兼委任状	銀行・信金・農協					本・支店			
	金融機関コード					店番号			
	普通・当座	口座番号							
	フリガナ								
	口座名義								

私は上記の者をもって代理人と定め、奨励金の受領に関する権限を委任いたします。

※ 口座名義については、必ず通帳の記載どおりにご記入ください。

※ 必ず登録団体名義の口座を記入してください。登録していない団体の口座に支払うことはできません。また、個人の口座に支払うことはできません。

(例：登録が「青葉町内会」)

→ ○「青葉町内会」名義の口座、「青葉町内会 会長 仙台一郎」名義の口座

→ ×「青葉子供会」名義の口座、「仙台一郎」名義の口座)

※ 請求額の訂正はできません。金額に誤りがあった場合には再度ご提出いただきます。

地域ごみ出し支援活動促進事業奨励金  
実績報告明細書 兼 要件確認調査同意書

（あて先）仙台市長

1 支援対象世帯同意・確認欄

地域ごみ出し支援活動促進事業奨励金の交付審査のため、市が交付審査に必要な範囲で世帯主及び世帯員に係る、①介護保険の要介護認定の状況及び身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付状況について調査すること ②氏名・年齢・住所・世帯構成等確認のために住民基本台帳を参照すること ③ごみ出し支援活動実施団体に対し奨励金の交付可否について知らせることに同意します。

また、当世帯に対するごみ出し支援活動の実績については、以下のとおりで相違ないことを確認しました。

氏名： \_\_\_\_\_ 住所： \_\_\_\_\_

（※本人の署名または記名押印。代筆の場合には代筆者名と理由を欄外に記入）

2 奨励活動実施報告明細

活動回数計 : 家庭ごみ等  回 粗大ごみ等  回

（令和 年 月 日～令和 年 月 日 実施分）

	月	火	水	木	金	土	家庭ごみ等 月計（回）	粗大ごみ等
月								
月								
月								
月								
月								
月								
							総計（回）	

※ 家庭ごみ等＝市が集積所で回収する以下の品目。家庭ごみ／プラスチック資源／紙類／缶・びん・ペットボトル、廃乾電池類。 粗大ごみ等＝市粗大ごみ受付センターで受け付けられた粗大ごみ及び剪定枝。

## ごみ出し支援活動実施団体登録事項変更・廃止届出書

年 月 日

(あて先) 仙台市長

住所 〒 ー 仙台市 区

団体名

代表者職・氏名 (※)

※代表者本人が手書きしない場合は記名押印してください。

連絡先電話番号 ( )

地域ごみ出し支援活動促進事業奨励金交付要綱第7条第4項の規定により、登録事項を変更・廃止しましたので届出します。

1 登録事項の変更（変更項目のみ記入してください。）

項目	変更前	変更後	
団体の名称			
活動実施区域			
代表者	フリガナ		
	職・氏名		
	住所	〒 - 仙台市 区	〒 - 仙台市 区
	連絡先電話番号	( )	( )
対象世帯の変更	増 ・ 減 ・ その他 ( )		
変更年月日	年 月 日		
備考			

※ 奨励活動対象世帯に変更があるときは奨励活動対象世帯名簿（様式第2号）を添えて提出してください。

## 2 団体の廃止

廃止年月日	年 月 日
廃止の理由	