

様式第1号（第5条関係）

交野市在宅医療廃棄物収集申請書

受付番号

（あて先） 交野市長

私（対象者又は申請者）は、「交野市在宅医療廃棄物の収集」を依頼します。

受 付 印

【申請者記入欄】

申 請 日	年 月 日 ()	
申 請 者	住 所	
	(ふりがな)	
	氏 名	
	電 話 番 号	— —
	対象者との関係	本 人 ・ 本人以外 ()
対 象 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 交野市
	(ふりがな)	<input type="checkbox"/> 申請者と同様
	氏 名	
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 — —
	性 別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日

（ 確 認 事 項 ）

収集できる 廃 棄 物	輸液、畜尿、CAPD、栄養剤バッグ等のビニールバッグ類 吸引チューブ、輸液ライン等のチューブ、カテーテル類 使い捨てペン型インシュリン注入器、栄養剤注入器等の注射筒（針以外の部分） 脱脂綿、ガーゼ等 ガラス製点滴ボトル、缶入り経管栄養剤 ペン型自己注射針（針ケース装着時のみ）
収集できない 廃 棄 物	医療用注射針、点滴針、針ケースに装着していないペン型自己注射針、 針の付いたチューブ類、その他注射針等

※収集できる廃棄物・収集できない廃棄物につきましては、平成29年10月1日現在です。

- ① この収集を受ける方は、交野市内において在宅医療を受けている市民の方に限ります。
- ② この申請書による受付後、排出される廃棄物の確認や現地状況の調査等の為に、環境事業所担当職員が排出者のご自宅を訪問し、ご本人又は申請者等と面談を行います。
- ③ 収集時には、安全確認の為に、廃棄物の内容を確認させていただく場合もありますので、ご協力ください。
- ④ 申請書の受付は環境事業所で行います。郵送または窓口に提出してください。その他の方法をご希望される方は、お電話にてご相談ください。
- ⑤ 申請書で知り得た個人情報については、本収集業務の目的以外に使用いたしません。