

一般廃棄物処理（し尿くみ取り）廃止届

令和 年 月 日

知多市長 様

（申請者・納付者） 住 所 〒

ふり がな
氏 名

〔法人にあつては
その代表者氏名〕

電話番号

（記入者） 住 所

ふり がな
氏 名

電話番号

次の理由により、し尿くみ取りを廃止します。

1 衛生番号 _____

2 廃止（予定）日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3 最終のくみ取り日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4 くみ取り廃止理由

(1) 公共下水道

(2) 浄化槽

(3) 自家処理

(4) 市外転出 転出先住所 _____

電 話 番 号 _____

(5) 市内転居 転居先住所 _____

電 話 番 号 _____

転居後のし尿くみ取りの有無 有・無

（有の場合は、新規申請が必要となります。）

(6) 仮設トイレ

(7) その他

還付金は、次の口座に振り込んでください。

金融機関名	店名	種類	口座番号	口座名義人
		普通 当座		