

日高川町家具転倒防止用固定金具取付事業実施申請書

年 月 日

日高川町長 様

日高川町家具転倒防止用固定金具取付事業実施要綱及び本申請書の注意事項に同意の上、次のとおり申請します。

申 請 者 (世帯主)	住所	日高川町	
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	電話番号		
	該当区分 (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> ①身体障害者手帳(1級～3級) <input type="checkbox"/> ②療育手帳 <input type="checkbox"/> ③精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> ④65歳以上の者を含む世帯 <input type="checkbox"/> ⑤上記以外	
自己負担	<input type="checkbox"/> なし ※該当区分①～④ <input type="checkbox"/> あり(10,000円) ※該当区分⑤		
取付希望家具名、 固定場所及び個数	家具名	固定場所(部屋)	数量
取付家屋の種類 ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家(一戸建て、アパート、マンション等含む) <input type="checkbox"/> 日高川町営住宅		

(注意事項)

固定金具を取り付けることができる家具の数は3までとする。

(添付書類)

1. 手帳等の写し(該当世帯のみ)
2. 確約書(様式第2号)
3. 承諾申請書(住居が借家等の場合に限る)(様式第3号)