

様式第1号（第6条関係）

吉川市家具転倒防止器具支給事業実施申請書

年 月 日

（宛先）吉川市長

家具転倒防止器具の支給について、次のとおり申請します。

|  |  |  |
|--|--|--|
| 申請者（事業の対象者）  | 住 所  |  |
|  | ふりがな<br>氏 名  |  |
|  | 電話番号   |  |
|  | 生年月日   | 年 月 日  |
| 世帯構成   | 氏 名  | 生年月日   |
|  |  | 年 月 日  |
|  |  | 年 月 日  |
|  |  | 年 月 日  |
|  |  | 年 月 日  |
| 取付家屋<br>（該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 印<br>を付けてください。） | <input type="checkbox"/> 持ち家<br><input type="checkbox"/> 借家（一戸建て、アパート、マンション等を含む。）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |  |
| 【市処理欄】   | 受付印  | 受付番号 _____<br><br>知った方法<br><input type="checkbox"/> リーフレット <input type="checkbox"/> ポスター<br><input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 広報紙<br><input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 民生委員<br><input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人・友人<br><input type="checkbox"/> 地域関係者 <input type="checkbox"/> 福祉関係者<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |

| 取付家具名 |  | 使用器具  | 器具の個数 | 備考 |
|-------|--|---|-------|----|
| 1     | <input type="checkbox"/> タンス <input type="checkbox"/> 食器棚<br><input type="checkbox"/> 書棚 | <input type="checkbox"/> L字<br><input type="checkbox"/> つっぱり棒 |       |    |
| 2     | <input type="checkbox"/> タンス <input type="checkbox"/> 食器棚<br><input type="checkbox"/> 書棚 | <input type="checkbox"/> L字<br><input type="checkbox"/> つっぱり棒 |       |    |
| 3     | <input type="checkbox"/> タンス <input type="checkbox"/> 食器棚<br><input type="checkbox"/> 書棚 | <input type="checkbox"/> L字<br><input type="checkbox"/> つっぱり棒 |       |    |

私は、下記の事項について同意します。 申請者氏名 \_\_\_\_\_

- 1 本事業の対象世帯であることを確認するため、住民基本情報・介護保険情報・障がい者情報等、市が保有する個人情報を見ることが出来ること。
- 2 固定器具を取付けることができる家具の数は3までとすること。
- 3 賃貸の場合、家主等からの承諾書を提出すること。
- 4 固定後の家具の移動や器具の取り外しは、自己の責任により行うこと。
- 5 本事業により固定された家具が転倒したこと等により、被害又は損害が生じても、市は、その損害賠償の責めを負わないこと。
- 6 退去時などに壁の補修費用が発生しても、市はその費用を負担しないこと。

本事業の申請等について、下記の者に委任します。申請者氏名 \_\_\_\_\_

|            |                      |             |
|------------|----------------------|-------------|
| 窓口に来られた方   | 住 所                  |             |
|            | ふりがな<br>氏 名          | 申請者との関係 ( ) |
|            | 電話番号                 |             |
| 本事業にかかる連絡先 | 申請者・窓口に来られた方・その他 ( ) |             |

(市確認欄)

| 本人又は代理人確認   | 申込事由  | 世帯の状況                                   | 承諾書   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 免許証<br><input type="checkbox"/> 健康保険証<br><input type="checkbox"/> 年金手帳<br><input type="checkbox"/> 障害者手帳等<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> 65歳以上<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳有<br><input type="checkbox"/> 精神障害者<br>保健福祉手帳有<br><input type="checkbox"/> 療育手帳有<br><input type="checkbox"/> その他( ) | 確認方法<br><input type="checkbox"/> 介護決定通知 | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |