

様式第1号（第7条、第8条関係）

吉川市家具転倒防止器具等取付事業実施申請書

年 月 日

（宛先）吉川市長

家具転倒防止器具等の取付けについて、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（ ） |

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閲覧すること。
- 2 取付けに関し、取付け事業者が取付家屋を訪問し、調査すること。
- 3 申請者の氏名・連絡先・取付家屋の住所を取付け事業者に提供すること。
- 4 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。
- 5 壁や家具の状態により取付けできないことがあること。
- 6 賃貸の場合、家主等からの承諾書を提出すること。
- 7 事前調査後、取付家具、方法等を変更できないこと。
- 8 市が準備する器具以外は、取付日までに家具の固定に必要な器具を準備すること。
- 9 家具の上に物等を置いている場合は、事前に片付けておくこと。
- 10 固定後の家具の移動や器具等の取り外しは、自己の責任により行うこと。
- 11 事業による家具の固定に際して家具等に発生した傷等については、市及び取付事業者は、その責めに帰すべき場合を除き、その損害の責めを負わないこと。
- 12 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、市及び取付け事業者は、その損害賠償の責めを負わないこと。
- 13 退去時などに壁の補修費用が発生しても、市及び取付事業者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<br>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      |  |
|   |   |   | 器具   |  |
|   |   |   | <input type="checkbox"/> 市支給<br><input type="checkbox"/> 申請者準備 |  |