

三島市家具転倒防止事業申請書

三島市長 あて

申請者

住 所 三島市

ツガナ

氏 名

電話番号

住宅内の家具を金具等で固定したいので、次のとおり申請します。なお、事業に必要な調査及び決定後に委託業者に連絡先を通知することを承諾します。

1 事業対象世帯 (該当する記号に○をしてください)

ア 満 6 5 歳以上のみの世帯

イ 満 6 5 歳以上及び満 1 8 歳未満のみの世帯

ウ 次の身体障害者手帳所持者を含む世帯

(ア) 肢体障害 1, 2 級 (イ) 視覚障害 1, 2 級

(ウ) 肢体及び視覚の 2 以上の障害の複合により総合的に 1 級又は 2 級

エ 次の手帳所持者を含む世帯

(ア) 療育手帳 (イ) 精神障害者保健福祉手帳

オ 介護保険にて、要介護、要支援の認定を受けている者を含む世帯

カ 難病医療費助成を受けている者を含む世帯

キ ひとり親世帯のうち満 1 8 歳未満の者を扶養している世帯

2 世帯構成員 (申請者を含む)

氏 名	生 年 月 日	氏 名	生 年 月 日
	M T S H		M T S H
	M T S H		M T S H

3 固定する家具類 (最大 5 品まで事業対象)

タンス () 品	棚 () 品	冷蔵庫 () 品
テレビ () 品	その他 () 品	

4 家屋の区分

持ち家

持ち家以外

5 家主等の承諾（持家以外の方）

家具転倒防止金具等を家具と家屋に取り付けることに承諾します。

年 月 日

所有者又は管理者

（署名又は記名押印）

住 所

氏 名