

年　月　日

## 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

フリガナ

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65歳以上ののみの世帯
- イ 満65歳以上及び満18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18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