

様式第1号(第5条関係)

岩出市家具転倒防止金具等取付事業申請書兼承諾書

岩出市長 様

岩出市家具転倒防止金具等取付事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。なお、対象世帯であることを確認するため、世帯員の個人に関する情報を閲覧されることに世帯員を代表して同意します。

申請日	年 月 日		
申請者	住所	岩出市	
	(ふりがな)氏名	
	電話番号		
	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)	
申請者以外の世帯員の氏名及び生年月日	氏名	(明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)	
	氏名	(明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)	
	氏名	(明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)	
対象事由 (該当番号に○)	1.	65歳以上の者がいる世帯	
	2.	身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾患医療受診券の交付を受けている者がいる世帯	
	3.	介護保険の要介護認定で要介護1以上とされている者がいる世帯	
	4.	その他市長が特に必要と認める世帯	
家屋の種類 (該当に○)	・持ち家 ・借家(一戸建て、アパート、マンション等を含む) ・市営住宅 ・県営住宅 ・その他()		
家主の承諾 (持ち家の場合は、不要です。市営住宅と県営住宅の場合は、別の手続きが必要です。)	この申請により、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 所有者等 住所 _____ 署名又は記名押印 _____ (印)		

連絡先	住所	
	(ふりがな)氏名
	電話番号	
	申請者との関係	