

別記第 1 号様式（第 5 条関係）

年 月 日

日高町家具転倒防止器具設置申請書

日高町長 様

申請者
住 所 日高町
氏 名 ⑩
電話番号 — —

日高町家具転倒防止器具設置事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、次のとおり家具転倒防止器具の設置を申請します。

世 帯 要 件	☐ 満 6 5 歳以上の者のみの世帯 ☐ 身体障害者手帳の交付を受けている者のみの世帯 ☐ 療育手帳の交付を受けている者のみの世帯 ☐ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者のみの世帯 ☐ 上記の者のみの世帯		
対 象 世 帯 の 構 成	氏名 歳	氏名 歳	
	氏名 歳	氏名 歳	
	氏名 歳	氏名 歳	
設 置 希 望 場 所	☐ 寝室 ☐ 居間 ☐ 台所 ☐ その他 ()		
転倒防止器具希望個数	☐ 1 個 ☐ 2 個 ☐ 3 個		
所 有 の 状 況	☐ 持家 ☐ 借家		
建 物 の 構 造	☐ 木造 ☐ 鉄骨造 ☐ 鉄筋コンクリート造		
添 付 書 類	☐ 各種手帳等の写し (住所、氏名、等級等がわかるもの) ☐ 確約書 ☐ 承諾書 (住居が借家の場合のみ)		

※対象世帯の構成欄には、世帯を構成する全員の氏名及び年齢を記入すること。