

別記第1号様式（第5条関係）

年 月 日

由良町家具転倒防止器具設置申請書

由良町長

あて

申請者

住 所 由良町

氏 名

印

電話番号

— —

由良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	<input type="checkbox"/> 満65歳以上の者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けている者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けている者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
転倒防止器具希望個数	<input type="checkbox"/> 1個 <input type="checkbox"/> 2個 <input type="checkbox"/> 3個 <input type="checkbox"/> 4個 <input type="checkbox"/> 5個			
所 有 の 状 況	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家			
建 物 の 構 造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造			
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 各種手帳等の写し （住所、氏名、等級等がわかるもの） <input type="checkbox"/> 確約書 <input type="checkbox"/> 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。