

家具転倒防止器具取付申請書

令和 年 月 日

刈谷市長

申請者 住 所.....

氏 名.....(続柄.....)

電話番号.....

下記のとおり申請します。なお、サービスの提供に必要な情報を関係機関に提供することに同意します。
記

対象者	フリガナ			生年月日	□明治 □大正 □昭和
	氏 名				年 月 日
	住 所	□同上			
	電 話 番 号	□同上			
同居人	氏名	生年月日	障害手帳の区分		
		年 月 日	□なし □身体 □療育 □精神 級		
		年 月 日	□なし □身体 □療育 □精神 級		
		年 月 日	□なし □身体 □療育 □精神 級		
取付希望家具					
建物の構造	□木造 □鉄骨 □鉄筋 ※鉄骨・鉄筋の場合は取付できない場合があります。				
家屋所有者承諾欄	家屋の権利関係	□持家 □借家(□県営住宅 □市営住宅 □その他) □間借り			
	私の所有する家屋に、家具転倒防止器具を取り付けることを承諾します。 所有者 住所 氏名..... ※持家、県営住宅、市営住宅は、所有者の承諾は記入不要です。				
備考					

【市確認欄 受給要件等】

□ 高齢者世帯	□ 障害者世帯	□ 母子世帯	□ その他 ()
---------	---------	--------	-----------

受付

家具転倒防止器具取付申請書 (記入例)

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

刈谷市長

申請者 住 所 刈谷市東陽町1丁目1番地
氏 名 刈谷 太郎 (続柄 長男)
電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇

下記のとおり申請します。なお、サービスの提供に必要な情報を関係機関に提供することに同意します。
記

対象者	フリガナ	カリヤ ハナコ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏 名	刈谷 花子			
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上			
	電 話 番 号	<input checked="" type="checkbox"/> 同上			
同居人	氏名	生年月日	障害手帳の区分		
	刈谷 太郎	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 1級		
		年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 級		
		年 月 日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 級		
取付希望家具	寝室2・居間1・台所1				
建物の構造	<input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋 ※鉄骨・鉄筋の場合は取付できない場合があります。				
家屋所有者承諾欄	家屋の権利関係	<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 (<input type="checkbox"/> 県営住宅 <input type="checkbox"/> 市営住宅 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 間借り			
	私の所有する家屋に、家具転倒防止器具を取り付けることを承諾します。 所有者 住所 氏名..... ※持家、県営住宅、市営住宅は、所有者の承諾は記入不要です。				
備 考					

市職員記入

【市確認欄 受給要件等】

高齢者世帯
 障害者世帯
 母子世帯
 その他 ()

受付

※氏名欄について、自署によらない場合は、記名押印してください。