

支給

家具転倒防止器具支給申請書

年 月 日

鳥羽市長様

(申請者) 住所 鳥羽市

氏名 _____ ㊞

電話 _____

(連絡先) 氏名 _____

電話 _____

※申請者とは別の連絡先を希望する場合は記入してください。
(申請書の内容、及び器具の受け取りの日時、方法等を連絡する場合があります。)

下記のとおり、鳥羽市家具転倒防止器具支給要綱の規定により家具転倒防止器具の支給を受けたいので申請します。

なお、資格審査にあたっては、私及び家族の公簿等を閲覧することに同意します。

記

	氏名	生年月日	続柄	身体障害者手帳の等級等																
ア 世帯員 ※70歳以上のみ で構成される世帯 は全世帯員を記入																				
イ 世帯状況 (対象要件)	1. 70歳以上のみで構成される(独居・その他)世帯 2. 身体障害者(手帳1級・2級)が属する世帯 3. 要介護認定を受けている者(要介護3以上)が属する世帯																			
ウ ご希望の家具 転倒防止器具 (合計3組まで)	1. L型金具()組 2. ベルト式タイプ ◆タンス・棚用()組 ◆冷蔵庫用()組 3. 突っ張り棒タイプ()組 ◆希望するサイズ①()、②()、③() ※下記サイズ表より選択してください <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><thead><tr><th colspan="6">家具の天板～天井の高さ(cm)</th></tr></thead><tbody><tr><td>SS</td><td>22～30</td><td>S</td><td>30～40</td><td>M</td><td>40～60</td><td>ML</td><td>50～80</td><td>L</td><td>60～100</td></tr></tbody></table>				家具の天板～天井の高さ(cm)						SS	22～30	S	30～40	M	40～60	ML	50～80	L	60～100
家具の天板～天井の高さ(cm)																				
SS	22～30	S	30～40	M	40～60	ML	50～80	L	60～100											
エ ご希望の器具 受け取り場所	1. 総務課(市役所本庁舎2階) 2. 保健福祉センターひだまり窓口 3. 加茂連絡所 4. 鏡浦連絡所 5. 長岡連絡所 6. 坂手連絡所 7. 菅島連絡所 8. 答志連絡所 9. 桃取連絡所 10. 神島連絡所																			
オ 家屋の種類	1. 持ち家 2. 市営住宅 3. その他(借家、賃貸マンション、アパート等)																			
カ 家具固定に伴う 家主等の承諾 ※上記「オ 家屋 の種類」で3.そ の他を選んだ方 のみ家主に記入 してもらって ください	1. 上記申請により、家屋内の家具転倒防止のため、固定器具により家具等を 家屋(柱・壁・床等)に固定することを承諾します。 2. 今回の家具転倒防止の器具支給に伴い、申請者及び承諾者等の間で 紛議が生じた場合、市長並びに市、及び作業実施者等に対し責任や 補償等を問うことなく、申請者及び承諾者で一切の責任を負います。 <p style="text-align: center;">年 月 日 (承諾者) 住所 氏名 _____ ㊞</p>																			