

支給

家具転倒防止器具支給申請書

XX年 ○月 ×日

鳥羽市長様

<記入例>
器具の支給を希望する世帯

申請者が家主の場合は必ず押印してください。

(その場合、下記の項目(家主等の承諾)は記入不要)

(申請者) 住所 鳥羽市 △△町 ××番地

氏名 ○○ ○○ 印

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

ア 世帯員	氏名	生年月日	続柄	身体障害者手帳の等級等
	○○○○	××年××月××日	本人	
イ 世帯状況 (対象要件)	○○△△	××年××月××日	妻	2級 第0000000号
	障がい者または要介護認定の在宅者が属する世帯は、該当する方を必ず記入してください。			・身体障害者手帳の等級と手帳番号 ・要介護認定 (要介護 3~5の数値)
ウ ご希望の家具 転倒防止器具 (合計3組まで)	① 70歳以上のみで構成される(独居・その他) 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)			支給を希望する器具を3組まで○を付け、必要な組数も記入してください。 ※突っ張り棒タイプはサイズも忘れずに記入してください。
	該当する要件 全てに○を付けてください。	1. L型金具()組 ② ベルト式タイプ ◆ダンス・棚用(1)組 ◆冷蔵庫用()組 ③ 突っ張り棒タイプ(2)組 ◆希望するサイズ①(ML)、②(S)、③() ※下記表より選択してください。		
エ ご希望の器具 受け取り場所	① 本庁舎2階) 2. 保健福祉センターひだまり窓口 3. 加部 所を1ヶ所選んで○を付けてください。 連絡所 5. 連絡所 9. 器具を取り付ける家屋の種類を選択してください。 7. 菅 連絡所 10. 神島連絡所			アパート等)
オ 家屋の種類	1. 持ち家 2. 市営住宅 ③. その他()			
カ 家具固定に伴う 家主等の承諾	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 ・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			承諾者の住所を記入してください。
※「オ 家屋の種類」で3.その他を選んだ方は家主に記入してもらってください	XX年 ○月 □日 (承諾者) 住所 鳥羽市 ○△町 △×番地 氏名 ○○ ▽▽ 印			