

申請者は世帯主になります。
世帯主を記入してください。
押印不要です

年 月 日

家具

あま市長 様

世帯主以外の方が申請書を記入された場合は記入した方の氏名を代筆者に記入してください。

(申請者) 氏名

(代筆者) 氏名

下記のとおり、家具転倒防止器具の取付けを申請します。

| | | | |
|---------------|--|-----------------------|---------------|
| 世帯員の状況 | フリガナ アマ タロウ | 生年月日 | |
| | 氏名 あま 太郎 | 昭和20年 4月 1日 | |
| | フリガナ アマ ハナコ | 生年月日 | |
| | 氏名 あま 花子 | 昭和24年 4月 5日 | |
| | フリガナ | 生年月日 | |
| | 氏名 | 年 月 日 | |
| 住所 | 〒 490-1292 | 話番号 | |
| | あま市 木田戊亥18番地1 | (052) 444-0862 | |
| 対象要件 | <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)の属する世帯 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者の属する世帯 <input type="checkbox"/> 中学生以下の子どもと母親のみの世帯 | | |
| 家屋の所有者・管理者の承諾 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と異なる(下記に所有者又は管理者本人が記入) この申請により、家具転倒防止器具により家具を家屋に取り付けることに承諾します。 3年 4月 1日 家屋の所有者又は管理者 氏名 海部 次郎 | | |
| 訪問希望日 | 申請日から2週間以上先の日程で設定してください。 | | |
| | 第1希望日 | 第2希望日 | 第3希望日 |
| | 4月 26日 | 4月 27日 | 4月 28日 |
| | 交付決定日 | 年 月 日 | |

日中連絡の取れるところを記載してください。後日、取付け業者から日程調整の連絡があります。

家屋の所有者が申請者と異なる場合は必ず記入してください。

できる限り、第3希望日まで記入してください。

※太枠の中は、記入しないでください。

※申請に当たっては、裏面の注意事項等をお読みください。

【注意事項等】

- (1) 家具転倒防止器具取付支援事業の対象となるためには、対象要件のいずれかに該当している世帯である必要があります。対象要件に該当していない世帯は、当事業の対象となりません。
- (2) 器具の取付作業は、市長が指定する事業者が実施します。
- (3) 器具の取付作業時には、立会いをお願いします。
- (4) 器具を取り付ける家具は、同一年度につき 1世帯当たり 3点までとします。

【申請に必要な書類】

- (1) 申請書
- (2) 対象要件に該当することを証明する書類の写し

| | |
|---|-------------------------------------|
| 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者の属する世帯 | ・手帳等確認できる書類 |
| 中学生以下の子どもとその母親のみの世帯 | ・左記について確認できる書類等 (児童扶養手当書又は認定通知書) |

※ご提出いただいた個人情報、世帯構成、生年月日及び対象要件を除き、器具取付業者に提供します。なお、当事業の実施以外の目的で使用しません。

次の同意事項をご確認・ご同意の上申請してください。

同意事項は必ず確認するようお願いします。

同 意 事 項

あま市家具転倒防止器具取付支援事業を利用するに当たり、下記条件に同意します。

記

- 1 対象要件について、市が必要な確認を行うこと。
- 2 取付け後の家具や家屋に関する損害賠償を請求しないこと。
- 3 取付け後に発生した地震等の災害により家具が転倒したことにより、世帯構成員等が負傷し、又は死亡した場合において、市、事業者及び当該住宅の所有者に対し損害賠償を求めないこと。
- 4 取付け後の家具の移動及び転倒防止器具の取外しについては、自己の責任で行うこと。
- 5 賃貸住宅など世帯構成員以外が所有し、又は管理する住宅である場合において、事前に当該住宅の所有者又は管理者の承諾を得ること。
- 6 事業者が取付作業前と作業後の写真を撮影すること。