

犬山市家具等転倒防止器具取付申請書

年 月 日

犬山市長

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

次のとおり、家具等の転倒防止器具の取付けを申請します。

フリガナ 対象者氏名	※ 対象要件が、「65歳以上の高齢者のみの世帯」に該当する方は、世帯全員の氏名をお書き下さい。	生年月日	本人同意欄 (☑)
		年 日 月	<input type="checkbox"/>
		年 日 月	<input type="checkbox"/>
		年 日 月	<input type="checkbox"/>
対象要件	<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 介護保険法の要介護又は要支援の認定者がいる世帯 (※証明書の写し添付) <input type="checkbox"/> 障害者のいる世帯 (身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定医療費 (指定難病) 受給者証を所持している者がいる世帯) <small>(※手帳の写し添付)</small> <input type="checkbox"/> その他上記に準ずる世帯		
建物の構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨 <input type="checkbox"/> 鉄筋		
家屋の権利関係	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 県営住宅 <input type="checkbox"/> 市営住宅		
【 借家の場合のみ 】 家具等転倒防止器具の取付けに係る承諾	家具等の転倒防止器具の取付けについて承諾します。 年 月 日 (家屋の所有者又は管理者) 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____		