

第1号様式（第6条関係）

（表）

戸田市家具転倒防止器具給付設置申請書

年 月 日

（宛先）

戸田市長

戸田市家具転倒防止器具給付設置事業実施要綱第6条の規定により、家具転倒防止器具の給付設置を受けたいので次のとおり申請します。

なお、申請内容の審査のため、市が住民基本台帳情報、要介護認定情報、障害認定情報等を確認することに同意します。

申請者 (世帯主に 限る。)	住 所				
	ふりがな			連絡先	() 日中連絡が取れる番号 を記入してください。
	氏 名		印		
申請者世帯の 状況	65歳以上の者のみで構成されている世帯(65歳未満の同居者がいる場合を除く。) 要介護状態区分4又は5の者を含む世帯 身体障害者手帳1級又は2級の交付を受けている者を含む世帯 療育手帳A、A又はBの交付を受けている者を含む世帯 精神障害者保健福祉手帳1級又は2級の交付を受けている者を含む世帯 その他()				
世帯主を含む 同居者の状況	氏 名	生年月日	年齢	続柄	備考

(裏)

私は、家具転倒防止器具の給付設置を申請するに当たって、次の事項に同意します。

- 1 家具転倒防止器具の給付設置に必要な情報(住所、申請者氏名、電話番号、家屋の種類及び設置希望家具)を市が委託業者に提供すること。
- 2 家具転倒防止器具の給付設置に起因して生じた損害について、市は責任を負わないこと。
- 3 家具転倒防止器具の給付設置を行った家具を移動する場合又は当該器具を取り外す場合は、自己の責任で行うこと。
- 4 市が行う家具転倒防止器具の給付設置において、更なる補強のため、別の器具の追加設置を同時に行う場合は、その器具の実費を業者に支払うこと。この場合において、家具、壁、柱等をねじ、くぎ等で傷つける場合があること。
- 5 借家で家具、壁、柱等へねじ、くぎ等を使用して追加設置を行う場合は、貸主の承諾を得ること。
- 6 家具又は家屋の状況によっては、家具転倒防止器具の給付設置ができない場合があること。

住所 戸田市 _____

申請者氏名 _____ 印

電話番号 _____

家屋の所有状況	一戸建て(自己所有)		一戸建て(自己所有以外)		分譲マンション
	賃貸マンション	アパート	その他()		
設置希望家具 (360cmを超えない 範囲内で4台まで)	家具の種類		家具の幅		
	たんす	台	cm		
	食器棚	台	cm		
	書棚	台	cm		
	その他()	台	cm		
	合計	台	合計	cm	

以下は記入しないでください。

受付年月日	受付	担当者	特記事項
年 月 日			
年 月 日			

(裏)

私は、家具転倒防止器具の給付設置を申請するに当たって、次の事項に同意します。

- 1 家具転倒防止器具の給付設置に必要な情報（住所、申請者氏名、電話番号、家屋の種類及び設置希望家具）を市が委託業者に提供すること。
- 2 家具転倒防止器具の給付設置に起因して生じた損害について、市は責任を負わないこと。
- 3 家具転倒防止器具の給付設置を行った家具を移動する場合又は当該器具を取り外す場合は、自己の責任で行うこと。
- 4 市が行う家具転倒防止器具の給付設置において、更なる補強のため、別の器具の追加設置を同時に行う場合は、その器具の実費を業者に支払うこと。この場合において、家具、壁、柱等をねじ、くぎ等で傷つける場合があること。
- 5 借家で家具、壁、柱等へねじ、くぎ等を使用して追加設置を行う場合は、貸主の承諾を得ること。
- 6 家具又は家屋の状況によっては、家具転倒防止器具の給付設置ができない場合があること。

住所 戸田市 上戸田 1 - 1 8 - 1

申請者氏名 戸田 太郎 印

電話番号 080-4444-3333

家屋の所有状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て（自己所有） 一戸建て（自己所有以外） 分譲マンション 賃貸マンション アパート その他（ ）	
	家具の種類	家具の幅
設置希望家具 (360cmを超えない 範囲内で4台まで)	たんす 1台	100cm
	食器棚 1台	90cm
	書棚 1台	90cm
	その他(テレビ台) 1台	80cm
	合計 4台	合計 360cm

以下は記入しないでください。

受付年月日	受付	担当者	特記事項
年 月 日			
年 月 日			