

家具転倒防止対策事業助成申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

下記のとおり家具転倒防止対策事業に係る助成を申請します。

助成対象者	フリガナ						
	氏名	(※)					
	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。						
	住所	千葉市	区				
	連絡先	電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先)	—	—		
		電子メールアドレス	@				
	世帯の構成	1. 65歳以上の高齢者のみ 2. 65歳以上の高齢者と身体障害者手帳1・2級所持者のみ 3. 身体障害者手帳1・2級所持者のみ 4. 身体障害者手帳1・2級所持者と20歳未満の者のみ					
	世帯の状況	助成対象者		年齢		身体障害者手帳	1級・2級
		氏名		年齢		身体障害者手帳	1級・2級
		氏名		年齢		身体障害者手帳	1級・2級
氏名			年齢		身体障害者手帳	1級・2級	
氏名			年齢		身体障害者手帳	1級・2級	
家具転倒防止金具を取り付ける家具等の数						台	
転倒防止金具 取付予定事業者 名称・所在地							
申請理由							
記入者	<input type="checkbox"/> 助成対象者が記入 (以下記入者欄の記入不要) <input type="checkbox"/> 親族等による記入 (以下に記入)						
	フリガナ						
	氏名	(※)					
	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。						
	続柄	助成対象者から見て					
	住所	<input type="checkbox"/> 助成対象者の住所と同じ (記入不要) <input type="checkbox"/> 助成対象者の住所と異なる (以下に記入)					
連絡先	電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先)	—	—			
	電子メールアドレス	@					

住宅の所有状況を選び、借家の場合は家主の承諾を得てください。  
 ただし、市営住宅、県営住宅にお住まいの方は、家主の承諾は不要です。

住宅の所有状況	持家 ・ 借家	助成対象者の居室への家具転倒防止金具の取り付けについて、承諾します。  氏名 <span style="float: right;">(※)</span> (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。  住所
---------	---------	---