

海南省家具転倒防止金具等取付事業申請書兼承諾書

海南省長 様

海南省家具転倒防止金具等取付事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。なお、対象世帯であることを確認するため、世帯員の個人に関する情報を閲覧されることに世帯員を代表して同意します。

申請日	年 月 日
申請者	住所
	(ふりがな)
	氏名
	電話番号
生年月日	(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日 (歳)
申請者以外の 世帯員の氏名 及び生年月日	氏名 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)
	氏名 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)
	氏名 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)
対象事由 (該当番号に○)	1. 65歳以上の高齢者がいる世帯に属し、当該世帯員により金具等を取り付けることが困難である者
	2. 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、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療費受給者証の交付を受けている者がいる世帯に属し、当該世帯員により金具等を取り付けることが困難である者
	3. 介護保険の要介護認定で要介護1以上とされている者がいる世帯に属し、当該世帯員により金具等を取り付けることが困難である者
	4. その他市長が特に必要と認める者
家屋の種類 (該当に○印)	・持ち家 ・借家（一戸建て、アパート、マンション等含む） ・市営住宅 ・県営住宅 ・その他（ ）
家主の承諾 (持ち家の場合は、不要です。市営住宅と県営住宅の場合は、別の手続きが必要です。)	この申請により、家具転倒防止金具等を家具と家屋に取り付けることを承諾します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 所有者等 住所 _____ 氏名 _____

代理人	申請者の代理の方が申し込む場合はご記入ください。 事前調査日及び取付日に立ち会っていただく場合があります。	
	住所	
	(ふりがな)	
	氏名	
	電話番号	
申請者との関係	家族 ・ 親類 ・ 隣人 ・ 民生委員 ・ その他（ ）	