

御坊市家具転倒防止金具取付事業補助金交付申請書兼承諾書

御坊市長 様

御坊市家具転倒防止金具取付事業補助金交付要綱第6条の規定により、補助金の交付を受けたいので、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、下記対象事由に係る情報を、市が閲覧することを同意します。

記

申請日	年 月 日				
申請者	住所				
	(ふりがな)				
	氏名				
	電話番号 (連絡先)	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —			
生年月日	年 月 日 ( 歳)				
家族構成 ※太枠内は記入 しないでください。	申請者及び同居する家族についてご記入ください。				
	氏名	生年月日	手帳の種類等	対象事由に該当	係
			<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( )級 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳( )級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( )級	市民課・健康福祉課 する・しない	
			<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( )級 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳( )級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( )級	市民課・健康福祉課 する・しない	
			<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( )級 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳( )級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( )級	市民課・健康福祉課 する・しない	
			<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( )級 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳( )級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( )級	市民課・健康福祉課 する・しない	
対象事由	<input type="checkbox"/> 満65歳以上の者のみで構成する世帯				
	<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に基づく身体障害者手帳、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づく精神障害者保健福祉手帳又は和歌山県療育手帳制度要綱（昭和51年1月20日施行）の交付を受けている者のみで構成する世帯				
	<input type="checkbox"/> その他市長が特に必要と認める世帯 ( )				
事業者 (希望業者に☑)	<input type="checkbox"/> 御坊市シルバー人材センター <input type="checkbox"/> その他 ( )				
受領権限の委任予定	<input type="checkbox"/> 本事業の実施にあたり、補助金の受領権限を上記事業者に委任する予定です。				

(裏面あり)

家屋の種類 (該当区分に☑)	<input type="checkbox"/> 持ち家 ・ <input type="checkbox"/> 借家 (一戸建て、アパート、マンション等含む。) <input type="checkbox"/> 市営住宅 ・ <input type="checkbox"/> 県営住宅 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
家主の承諾 (持ち家の場合は、不要です。)	この申請により、家具転倒防止金具を取付け、家具と固定することを承諾します。 年 月 日 所有者等 住所 _____ 1 氏名 _____ 1		
見積申請額 ※太枠内は記入しないでください。	円		
取り付けた家具及び 使用した金具の種類 ※太枠内は記入しないで ください。	1 竿目	<input type="checkbox"/> たんす <input type="checkbox"/> 食器棚 <input type="checkbox"/> 本 棚	<input type="checkbox"/> 平型金具 <input type="checkbox"/> L字型金具 <input type="checkbox"/> ワイヤロープ <input type="checkbox"/> ( )
	2 竿目	<input type="checkbox"/> たんす <input type="checkbox"/> 食器棚 <input type="checkbox"/> 本 棚	<input type="checkbox"/> 平型金具 <input type="checkbox"/> L字型金具 <input type="checkbox"/> ワイヤロープ <input type="checkbox"/> ( )
	3 竿目	<input type="checkbox"/> たんす <input type="checkbox"/> 食器棚 <input type="checkbox"/> 本 棚	<input type="checkbox"/> 平型金具 <input type="checkbox"/> L字型金具 <input type="checkbox"/> ワイヤロープ <input type="checkbox"/> ( )

代 理 人	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 ( )

添付書類

(1)誓約書

(2)身体障害者手帳、精神障害者福祉手帳、療育手帳の写し(対象事由に当てはまる場合のみ)