様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

紀の川市家具転倒防止金具取付支援事業申請書兼承諾書

（宛先）紀の川市長

紀の川市家具転倒防止金具取付援事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づき、次のとおり申請します。なお、要綱第４条第１項第１号に規定する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及び市の指定する事業者に必要な個人情報を提供することに世帯員を代表して同意します。

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者
（世帯主に代わる者の場合は、世帯主名をここに記入し、代わる者は、下記連絡先に記入してください。）</td><td>住　所</td><td>紀の川市</td><td rowspan="2">Ｔ　Ｅ　Ｌ</td><td>（　　）
－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">（ふりがな）
氏　名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申請者以外の世帯員の氏名及び生年月日</td><td colspan="4">氏名　　年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="4">氏名　　年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="4">氏名　　年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">対象事由
※該当番号に○</td><td colspan="4">１．６５歳以上の者で構成する世帯</td></tr>
<tr><td colspan="4">２．介護保険の要介護認定で要介護２以上と認定されている者がいる世帯</td></tr>
<tr><td colspan="4">３．身体障害者手帳（１級・２級・３級）、療育手帳（Ａ１・Ａ２・Ｂ１）、精神障害者保健福祉手帳、障害年金（１級・２級）、特定疾患医療受給者証、特定医療費（指定難病）受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証の交付又は受給している者がいる世帯</td></tr>
<tr><td>市税滞納の有無
※該当区分にチェック</td><td colspan="4">□無　　□有</td></tr>
<tr><td>家屋の種類
※該当に○</td><td colspan="4">・持ち家　　・借家（一戸建て、アパート、マンション等を含む）
・市営住宅　　・県営住宅　　・その他（　　）</td></tr>
<tr><td>家具の台数
※上限3台まで</td><td colspan="4">台</td></tr>
<tr><td>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、別の手続が必要です。）</td><td colspan="4">この申請により、家具転倒防止金具を家具と家屋に取り付けることを承諾します。
年　月　日
所有者等
住　所
氏　名</td></tr>
<tr><td>取付け希望業者</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">連絡先
※世帯主に代わって申請される方及び申請者との意思確認等が心配される場合は必ず記載してください。</td><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>（ふりがな）
氏　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td>（　　）
－</td><td>申請者との関係</td><td></td></tr>
</table>