

令和 年度菊川市家具転倒防止事業申請書

記入日: 令和 年 月 日

氏名					性別	男 ・ 女
生年月日	大 ・ 昭 年 月 日				年齢	歳
住所	菊川市			自治会名		
対象要件	1.65歳以上のみの世帯    2.介護保険要介護認定    3.身体障害者手帳    4.精神障害者保健福祉手帳    5.療育手帳					
住家の種類 (該当箇所)に○	持家	<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">                 ・公営住宅                  ・アパート             </div>	借家	※所有者の承諾(許可)を得てください。 承諾書の提出が必要です。		
電話番号	(            )            -					
家具名称	①	②	③	④	⑤	※テレビ、ピアノ、仏壇は、対象外です。
菊川市家具転倒防止事業を申請するに当たり、対象要件を確認するために、市が住民基本台帳その他の資料の調査及び決定後に菊川市建築組合に氏名、住所、連絡先、固定する家具の情報を提供することに同意します。						
令和 年 月 日 氏名(自署)						
その他御不明な点ございましたら菊川市危機管理課(TEL: 35-0923)まで御連絡ください。						