

袋井市家庭内家具等転倒防止器具給付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

袋井市長 様

袋井市家庭内家具等転倒防止器具給付事業実施要綱第5条の規定により、家庭内家具等転倒防止器具の給付について、次のとおり申請します。

なお、資格審査に伴い、住民基本台帳等により私の住民記録の確認をすること、及び配送に当たり業者に私の住所及び氏名等の情報を提供することを承諾します。

申請者住所	〒437-0012 袋井市 国本2907番地 (※方書がある場合は、正確にお書きください。)	電話番号 (0538) 86-3701
フリガナ	フカイ タロウ	
申請者(世帯主)氏名	袋井 太郎	生年月日 (T S H) ○年 ○月 ○日
自治会名	新屋 自治会	20 班

必要な器具を選び、数量等を御記入ください。(※1年度において1世帯当たり6台以内です。)

※ 家屋・家具等の状況によっては、取付ができない場合もありますので、十分確認の上、申請してください。

品番	器具名	数量	申請者負担額	備考
356	L字型金具(M・L・LL・自在)【ステン製・鉄製:メッキ、茶色塗装】	1	0	
	連結金具(ベルト)【ステン製・鉄製:黒塗装】			
	連結金具(プレート)【ステン製・鉄製:黒塗装】			
	耐震ベルト(フランスカンタイプ)			
415	冷蔵庫用固定器具(フランスカンタイプ)	1	0	
	テレビ用転倒防止ベルト2本組			
430	アップライトピアノ用固定器具	1	970円	
	防災レール			
	防災レール用家具ストッパー			
	防災レール+防災レール用家具ストッパー			

※ 家具等1台当たりの家具等転倒防止器具に要する費用は2,000円を限度とし、2,000円を超える家具等転倒防止器具の費用は、給付を受けようとする者の負担とする。

給付を希望する窓口	袋井市役所危機管理課	・	浅羽支所市民サービス課
-----------	------------	---	-------------