

## 袋井市賃貸住宅における家具等転倒防止器具給付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

袋井市長 様

袋井市賃貸住宅における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、賃貸住宅における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、住民基本台帳や固定資産課税台帳等により私の住民記録や所有する賃貸住宅の確認をすること、及び家具等転倒防止器具の配送に当たり業者に私の住所、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、正確に御記入ください。) 電話番号(0538)86-3701			
フリガナ	フクロイ タロウ			
申請者氏名	袋井 太郎 生年月日(T S・H ○年 ○月 ○日)			

家具等転倒防止器具を取り付ける賃貸住宅の名称等を御記入いただくとともに、必要な器具を選び、数量等を御記入ください。(※最初の給付から1世帯当たり10年度までの間で6台以内です。)

家屋・家具等の状況によっては、取付け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。

No.	賃貸住宅の種類(※該当に○印)				
	賃貸住宅の所在地		賃貸住宅の名称		部屋番号等
品番	器具名		数量	申請者負担額	備考
	借家・ <u>アパート</u> ・公営住宅				
	袋井市新屋1丁目1番地		コープ FUKUROI		101号
	355	L字型金具(L)ステン製		2個	0円
	借家・アパート・公営住宅				
	袋井市番地		個	円	
	借家・アパート・公営住宅				
	袋井市番地		個	円	
	借家・アパート・公営住宅				
	袋井市番地		個	円	
	借家・アパート・公営住宅				
	袋井市番地		個	円	

※ 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
-----------	------------	---	-------------