

玉城町家具転倒防止事業実施申請書

年 月 日

玉城町長 宛

家具転倒防止器具の取付けについて次のとおり申請します。

申請者（事業の対象者）	住 所	
	ふりがな 氏 名	
	電話番号	
	生年月日	年 月 日
世帯構成	氏 名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
取付け家屋 （該当するものに☑印を 付けてください。）	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家（1戸建て、アパート、マンション等を含む。） <input type="checkbox"/> 町営住宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

【役場処理欄】

受付印	受付番号 _____
-----	------------

私は、下記の事項について同意します。 申請者氏名

- 1 この事業の対象世帯であることを確認するため、住民基本情報、介護保険情報、障がい者情報等、町が保有する個人情報閲覧すること。
- 2 取付けに関し、取付事業者が取付家屋を訪問し、調査すること。
- 3 申請者の氏名・連絡先・取付家屋の住所を取付事業者提供すること。
- 4 固定器具を取り付けることができる家具の数は、3までとすること。
- 5 壁や家具の状態により取付けできないことがあること。
- 6 賃貸の場合、家主等からの承諾書を提出すること。
- 7 事前調査後、取付家具、方法等を変更できないこと。
- 8 家具の上に物等を置いている場合は、事前に片付けておくこと。
- 9 固定後の家具の移動や器具等の取外しは、自己の責任により行うこと。
- 10 事業による家具の固定に際して家具等に発生した傷等については、町及び取付事業者はその責めに帰すべき場合を除き、その損害の責めを負わないこと。
- 11 この事業により固定された家具が転倒したこと等により、被害又は損害が生じても、町及び取付事業者は、その損害賠償の責めを負わないこと。
- 12 退去時などに壁の補修費用が発生しても、町及び取付事業者はその費用を負担しないこと。

本事業の申請等について、下記の者に委任します。 申請者氏名

窓口に来られた方	住 所	
	ふりがな 氏 名	申請者との関係 ( )
	電話番号	
この事業に係る連絡先	申請者 ・ 窓口に来られた方 ・ その他 ( )	

(役場確認欄)

本人又は代理人確認	申込み事由	承諾書
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳有 ( ) <input type="checkbox"/> 精神障害者 ( ) 保健福祉手帳有 ( ) <input type="checkbox"/> 療育手帳有 ( ) <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要