

浜松市家具転倒防止事業申請書

(あて先) 浜松市長

〒

住 所

申請者 (フリガナ)

氏 名

㊞

電 話

浜松市家具転倒防止事業を受けたいので、次により申請します。

なお、私の世帯に係る住民基本台帳情報を、世帯構成員の確認のため調査確認することを承諾します。

※①～④に記入してください。

① 補 助 対 象 世 帯	<該当する世帯に○を記入してください>							
	1 高齢者世帯							
	(1) 満65歳以上の者(年度内に満65歳に達する者を含む。以下同じ。)のみで構成されている世帯							
	(2) 満65歳以上の者及び満18歳未満の者(年度内に満18歳に達する者を含む。以下同じ。)のみで構成されている世帯							
② 世 帯 構 成 員	2 障がいのある者の世帯(※裏面参照)							
	(1) 障がいのある者のみで構成されている世帯							
	(2) 障がいのある者及び満18歳未満の者のみで構成されている世帯							
	3 満65歳以上の者、障がいのある者及び18歳未満の者のみで構成されている世帯							
③ 固 定 す る 家 具 等 (5品以内)	氏	名	年齢	続柄	氏	名	年齢	続柄
④ 家 屋 の 区 分	洋ダンス(品) 和ダンス(品) 整理ダンス(品)							
	食器棚(品) 冷蔵庫(品) その他(品)							
④家屋の区分		1 持ち家 ・ 2 賃貸住宅 ※ ・ 3 公営住宅 ※						
		※2及び3の場合、家主等の承諾を受けた後、申請をしてください						

※必ず裏面をお読みください。

※必ずお読みください。

＜障がいのある者とは＞

以下のいずれかに該当する者をいいます。申請書に**手帳等のコピー**を添付してください。

- 1 身体障害者手帳の交付を受けている者・・・**手帳**のコピー
- 2 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者・・・**手帳**のコピー
- 3 療育手帳の交付を受けている者・・・・・・・・・・**手帳**のコピー
- 4 障害厚生年金若しくは障害基礎年金の受給権者
又はこれらと同等と認められる者・・・・・・・・・・**年金証書**のコピー
- 5 介護保険法による要介護者又は要支援者・・・・・・・・**被保険者証**のコピー

＜事業実施における注意事項＞

- 1 転倒防止する**家具は、事前に所定の場所に配置**してください。
- 2 転倒防止器具の**取付け作業に立会い**、取付け状態等の確認をお願いします。
- 3 取付け作業後の家具の移動や器具の取外しは、申請者の責任により実施してください。
- 4 **転倒防止器具の購入費用（下地材料費を含む。）は申請者の負担**となります。
- 5 **5品を超える部分は自己負担**で行ってください。
- 6 賃貸住宅及び公営住宅等の場合は、事前に家主等と協議し、その承諾を受けるようにしてください。
- 7 申請書の**審査結果の通知は、1～2ヶ月程度**かかります。
- 8 本事業により固定された家具が、万一転倒したこと等により、被害又は損害が発生しても、**市及び市の指定業者は、その責任を負いません。**

＜お問い合わせ先＞

防災担当課	電 話
本庁 危機管理課	457-2537
中区役所 区振興課	457-2210
東区役所 区振興課	424-0115
西区役所 区振興課	597-1112
舞阪協働センター 地域振興グループ	592-2111
南区役所 区振興課	425-1120
北区役所 区振興課	523-1168
引佐協働センター 地域振興グループ	542-1112
三ヶ日協働センター 地域振興グループ	524-1111
浜北区役所 区振興課	585-1143
天竜区役所 区振興課	922-0016
春野協働センター 地域振興グループ	983-0001
佐久間協働センター 地域振興グループ	966-0001
水窪協働センター 地域振興グループ	982-0001
龍山協働センター 地域振興グループ	966-2111