

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 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							
② 世 帯 構 成 員	氏	名	年齢	続柄	氏	名	年齢	続柄
③固定する家具等(5品以内)	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・提出先＞**

お問い合わせ先・提出先	電 話
市役所 危機管理課	4 5 7 - 2 5 3 7
中央区役所 区振興課	4 5 7 - 2 2 1 0
東行政センター	4 2 4 - 0 1 1 5
西行政センター	5 9 7 - 1 1 1 2
舞阪支所	5 9 2 - 2 1 1 1
南行政センター	4 2 5 - 1 1 2 0
浜名区役所 区振興課	5 8 5 - 1 1 4 3
北行政センター	5 2 3 - 1 1 6 8
引佐支所	5 4 2 - 1 1 1 2
三ヶ日支所	5 2 4 - 1 1 1 1
天竜区役所 区振興課	9 2 2 - 0 0 1 6
春野支所	9 8 3 - 0 0 0 1
佐久間支所	9 6 6 - 0 0 0 1
水窪支所	9 8 2 - 0 0 0 1
龍山支所	9 6 6 - 2 1 1 1