

高齢者等の家具転倒防止対策助成申請書

年 月 日

品川区長 へ

下記のとおり、家具転倒防止対策助成事業に係る助成を申請します。

申請者	ふりがな		生年月日	年齢
	氏名		年 月 日	
	住所	品川区	電話	
世帯員	続柄	氏 名	生年月日	年齢
			年 月 日	
			年 月 日	
対象要件	(該当要件に○) ※(2)(3)(5)は障害者手帳の写し、(4)は介護保険被保険者証の写しを添付			
	(1)世帯全員が65歳以上の世帯 (2)障害者のみの世帯 (3)65歳以上と障害者で構成の世帯 (4)要介護3以上の65歳以上の高齢者のいる世帯 (5)2級(度)以上の障害者のいる世帯			
助成要件確認 (確認方法に○)	(1)氏名、住所、生年月日、世帯員、非課税状況について、公簿等により確認してください。 (2)申請者および同居者の全員の住民票の写し、住民税非課税証明書等を添付します。			
特記事項	(その他の連絡先等)			

申請者の住居が民間の賃貸住宅で、転倒防止器具のうち壁等にねじ穴を開ける必要があるものを希望する場合は、以下の家屋所有者記入欄内に家屋所有者より記名等が必要です。

家屋所有者記入欄	私が所有する家屋に、使用者である上記申請者が高齢者等の家具転倒防止対策助成事業に基づく転倒防止器具を取付けることを承諾します。			
	住所			
	氏名	Ⓜ		

※申請書および添付書類に記載された氏名・住所等の情報は、非課税世帯を確認する目的および家具転倒防止器具の取付け業務を委託する目的のみに使用し、他の目的には使用いたしません。

住民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 該当 (区在住1年未満は前住所地より住民税非課税証明書が必要な場合あり)
----------	---

上記のとおり確認する。

年 月 日 職氏名 Ⓜ

申請に基づき調査した結果、助成を次のとおり決定する。

起案	年 月 日	課長	文書取扱主任	係長	係員
決定	年 月 日				
施行	年 月 日				

助成する。 (理由) (公印照合) (調査要請)
 却下する。