

高齢者等の家具転倒防止対策助成事業申請

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。

フリガナ		生年月日	年齢
申請者名			
住所		電話番号	

	続柄	氏名	生年月日	年齢
世 帯 員				

対象要件	<p>※下記のいずれかにチェック</p> <input type="checkbox"/> 世帯全員が65歳以上の世帯 <input type="checkbox"/> 障害者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 65歳以上と障害者で構成の世帯 <input type="checkbox"/> 要介護3以上の65歳以上の高齢者のいる世帯 <input type="checkbox"/> 2級（度）以上の障害者のいる世帯
助成要件	<p>※下記のどちらかにチェックしてください</p> <input type="checkbox"/> 氏名、住所、生年月日、世帯員について、公募等により確認してください。 <input type="checkbox"/> 申請者および同居者の全員の住民票の写しを添付します。
特記事項	

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、家屋所有者に確認し、以下のチェック項目にチェックマークを入れてください。

家屋所有者の許可をもらっている

※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対策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。