

<記入例>

受付番号：No
年 月 日

家具転倒防止事業申請書

(宛先) 沼津市長

〒
住所 沼津市
申請者 氏名
電話

← 記入しないでください（受付番号は、市で記入します）
← 提出する日を記入してください。

ご自分の住所、氏名、電話番号を記入してください。

私は、下記の条件を承諾し、家具の固定作業を申請します。

対象世帯	1 高齢者世帯 (1) 満 65 歳以上の者のみで構成された世帯 (2) 満 65 歳以上及び満 18 歳未満の者のみで構成された世帯 2. 障害等のある者を含む世帯※1 3. 母子家庭世帯 (1) 母親及び満 18 歳未満の子のみで構成された世帯 (2) 母親、満 18 歳未満の子及び満 65 歳以上の者のみで構成された世帯						該当箇所に○をつける
	氏名	年齢	続柄	氏名	年齢	続柄	
世帯の構成	沼津 太郎						
	沼津 花子						
固定する家具	ダンス (1品) ・ 本棚 (2品) ・ 食器棚 (1品) 冷蔵庫 (品) ・ その他 (品)						
家屋の区分	持家 ・ 賃貸住宅 ・ 公営住宅						
家主等の承諾	私の所有する家屋に家具の転倒防止のため、固定金具等を取付けることを承諾します。 住所 沼津市 氏名 (署名又は記名押印) 電話						

どこか1箇所に○をつけてください。

※障害等のある人は、障害手帳など、証明になるものの写しの提出もお願いします。
(表紙の、住所氏名が確認できる面のみで結構ですが、住所の変更を行っている場合は、それがわかる面も写して添付してください)

世帯全員の名前を記入してください。

取り付きたい家具の品数を記入してください。(最大合計4品)

その他の物品は詳細な内容を記入してください。対象にならない場合もあります。

← どれか1つに○をつけてください。

賃貸住宅及び公営住宅にお住まいの方は、家主さんの承諾が必要です。(署名又は記名押印をいただいでください)

条件

- ※1 障害等のある者とは、以下のいずれかに該当する者をいう。なお、申請時には下記の手帳等の写しを添付すること。
- ア 身体障害者手帳の交付を受けている者・・・手帳の写し
 - イ 療育手帳の交付を受けている者・・・手帳の写し
 - ウ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者・・・手帳の写し
 - エ 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・・・年金証書の写し
 - オ 介護保険法による要介護者又は要支援者・・・被保険者証の写し
 - カ 特定医療費（指定難病）受給者証を所持している者
又は特定疾患医療受給者証の交付を受けている者・・・受給者証の写し
- 2 固定する家具は、ダンス、本棚、食器棚、冷蔵庫などのうちの4品までとする。
 - 3 賃貸住宅及び公営住宅の場合は、家主等と十分協議をし、その承諾を受けること。
 - 4 取付方法、日程については、固定作業をする市の指定業者と協議すること。
 - 5 固定する家具は、事前に所定の場所に配置すること。また、固定した後の家具の移動や金具等の取外しは、申請者において行うこと。
 - 6 固定作業に立ち会い、取付状態等を確認すること。
 - 7 本事業により固定された家具が、転倒し、被害が発生しても、市及び市の指定業者は、その責任を負わないものとする。
 - 8 当該申請について必要な場合には、沼津市が住民基本台帳その他資料の調査を行うことに同意するものとする。