

上三川町家具転倒防止器具等取付費補助金交付申請書

年 月 日

上三川町長 様

上三川町高齢者福祉事業補助金等条例施行規則第3条の2の規定により、家具転倒防止器具等取付費補助金を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。また、申請の審査にあたり、私及び私の世帯員の町税等（町民税、固定資産税、都市計画税、軽自動車税、町たばこ税、国民健康保険税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料）の納付状況について、町職員が調査することに同意します。

申請者（世帯主） 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日（満 歳）
電話番号

	氏名	生年月日	続柄	備考
世帯主以外の 世帯員		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
該当世帯	1 世帯全員が65歳以上の世帯 2 65歳以上と障がい者のみで構成される世帯			
家屋所有者 承諾欄	私が所有する家屋に、申請者が家具転倒防止器具を取り付けることを承諾します。			
	住所			
	氏名			

(備考)

- 1 添付書類
 - (1) 家具転倒防止器具等の取付け及び購入に要する経費の見積書
 - (2) 障がい者がいる世帯の場合は、障害者手帳の写し
 - (3) その他町長が必要と認める書類
- 2 家屋の所有者が世帯主以外の場合で、転倒防止器具等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、家屋所有者承諾欄に記入いただいでください。