

# 湖西市家具転倒防止事業 申請書

(宛先)湖西市長

〒

申請者 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_

(TEL) \_\_\_\_\_

湖西市家具転倒防止事業を利用したいので、次により申請します。  
 なお、私の世帯にかかる住民基本台帳情報の調査を、世帯構成員の確認のため、承諾します。

※ ①～③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. 満65歳以上の者(前年度末)のみで構成されている世帯	
	2. 満65歳以上の者(前年度末)及び満18歳未満(前年度末)のみで構成されている世帯	
	3. 身体障害者手帳の交付を受けている者を含んで構成されている世帯	
	4. 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者を含んで構成されている世帯	
	5. 療育手帳の交付を受けている者を含んで構成されている世帯	
	6. 児童扶養手当を受給している者を含んで構成されている世帯	
7. 自主防災会が推薦する世帯		
② 家屋の区分	1. 持ち家    2. 賃貸住宅    3. 公営住宅	
	I. 木造    II. 鉄筋コンクリート	
	持ち家でない方は、事前に家主又は管理会社等に承諾を得ること。	
③ 家具固定数	個 (3個まで)	

※注意点    下見・固定作業の日程につきましては、作業者优先に進めさせていただきます。  
 作業者の駐車場と作業場所の確保をお願いします。