様式第１号（第３条関係）

大和市家具転倒防止器具取り付け支援申請書

番号（　　）

年　　月　　日

大和市長　　あて

住所

申請者
（所有者）氏名

電話番号

大和市家具転倒防止器具取り付け支援事業を利用したいので、関係書類を添えて申請します。

利用対象者	住　　所	大和市
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日（満　　歳）
	特記事項	当該事業を実施するに当たり下記の条件を承諾します。 (1)給付等の決定の審査のため市民税課税情報を収集すること。 (2)家具転倒防止器具の取り付けに、くぎ、ねじ等を使用すること。 (3)家具転倒防止器具の取り付け作業後の家具等の移動、家具転倒防止器具の取り外しは自己の責任で行うこと。 (4)家具転倒防止器具を取り付けた家具及び家屋の損害賠償を市に請求しないこと。 (5)災害時等に家具転倒防止器具を取り付けた家具の転倒事故が発生しても補償等を市に請求しないこと。

	氏　　名	年齢	続柄	その他事項
家族の状況				

家具種類		家具数	

審査欄	１.高齢者のみ　　２.障害者等 ３.その他（　　）	適 否	□　適合 □　否
処理欄	上記審査結果に基づき、決定通知書を申請者に通知してよいでしょうか。	公印使用	

収　受	・　・	建築指導課				商工会議所	
起　案	・　・	起案者	担　当	係　長	課　長		
決　裁	・　・						
施　行	・　・						