様式第１号（第６条関係）

# 東郷町家具転倒防止器具取付申請書

年　　月　　日

東郷町長　殿

申請者　住所　東郷町＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日

電話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、下記の条件を承諾し、家具転倒防止器具の取付けを申請いたします。

記

１　条　件

⑴　町が住所、世帯構成、障がいの程度及び要支援・要介護認定を確認するための住民基本台帳等の調査をすること。

⑵　器具の取付後、町長に家具等の破損等による損害賠償請求をしないこと。

⑶　器具の取付後、町は家具の移動等による取外しを行わないこと。

⑷　器具の取付後、地震等による家具の転倒により、事業の対象者等が負傷又は死亡した場合において、東郷町及び公益社団法人東郷町シルバー人材センターが、補償をしないこと。

⑸　借家の場合は、器具の取付けについて申請者が、所有者の承諾を得ること。

２　対象者

⑴　満 65 歳以上の者のみで構成される世帯の者

⑵　身体障害者手帳１級又は２級、療育手帳Ａ判定又はＢ判定、精神障害者保健福祉手帳１級又は２級の者がいる世帯の者

⑶　要支援・要介護認定者のみで構成される世帯の者

⑷　義務教育就学中又は就学以前の子ども及びその母親のみで構成される世帯の者

※ただし、これらの世帯は、住民基本台帳上の世帯でなく、事実上の世帯構成とする。

３　同居の親族

| 氏　　名 | 生　年　月　日 | 区　　分 |
|---|---|---|
| | 明･大･昭･平･令　　年　　月　　日 | 65 歳以上・身障 1,2・療育 A､B・精神 1,2・母子・介護 |
| | 明･大･昭･平･令　　年　　月　　日 | 65 歳以上・身障 1,2・療育 A､B・精神 1,2・母子・介護 |
| | 明･大･昭･平･令　　年　　月　　日 | 65 歳以上・身障 1,2・療育 A､B・精神 1,2・母子・介護 |
| | 明･大･昭･平･令　　年　　月　　日 | 65 歳以上・身障 1,2・療育 A､B・精神 1,2・母子・介護 |
| | 明･大･昭･平･令　　年　　月　　日 | 65 歳以上・身障 1,2・療育 A､B・精神 1,2・母子・介護 |
| | 明･大･昭･平･令　　年　　月　　日 | 65 歳以上・身障 1,2・療育 A､B・精神 1,2・母子・介護 |