

高齢者世帯等家具転倒防止器具取付申請書

立川市長 殿

以下のことに同意のうえ、家具転倒防止器具の取付を申請します。

- 申請内容の確認、審査のため、担当課職員が住民基本台帳等の公簿を確認すること。
- 取付後の器具の管理は、支給世帯自ら行うこと。
- 申請時に世帯主とその属する家族の税情報が不明な場合、自己負担金が請求されること。

年 月 日 世帯主署名

（親族署名又は押印で代用可）

- 家具転倒防止器具の取付の新規申請 取付後の器具の調整申請(1回のみ)

取 付	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	
	世帯主氏名		<input type="checkbox"/> 女	月日	・	日生 歳)
付 希	住所	立川市 町 丁目				
	電話番号	()	FAX	()		
望 世 帯	住宅の所有状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 → 家主の承諾書が必要です				
	世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者世帯				
		<input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯				
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1・2級所持世帯	手帳所持者名			
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級所持世帯		手帳所持者名				
帯	住民税課税状況	<input type="checkbox"/> 世帯員全員が非課税（負担なし）※転入の場合、非課税証明書の添付が必要です。				
		<input type="checkbox"/> 世帯員に課税者がいる（1割負担）				
		<input type="checkbox"/> 不明（転入・未申告等で住民税の課税状況が不明の場合（1割負担））				

上記世帯主宛以外の連絡を希望する場合はご記入ください。

- 決定通知書の送付先 取付連絡先（電話でのご連絡となります。）

(氏名) (続柄) (電話番号)

(住所)

..... 以下は記入しないでください。

- 承諾書あり 承諾書なし（持ち家・高齢者のみ・他）
- 過去の支給（なし・あり → 年度）
- 住民税課税状況（負担なし・1割負担・不明（1割負担））

包括等受付印	包括等 担当者	上記申請について（決定・却下）する。					市・受付印
		起案	・	担当	係長	課長	
		決定	・				
		施行	・				