

様式第1号（第3条関係）

## 家具転倒防止補助器具支給申請書

年 月 日

（あて先）笠松町長

申請者 氏名 印  
住所  
電話  
自主防災会 氏名 印  
住所  
電話

下記のとおり、家具転倒防止補助器具の支給を希望し、申請いたします。

### 記

1 世帯区分	独居老人（65歳以上の高齢者）世帯
	老人世帯（65歳以上の高齢者のみで構成されている世帯）
	重度身体障害者（身体障害者手帳1・2級）のみで構成されている世帯
	65歳以上の高齢者と重度身体障害者のみで構成されている世帯

2 希望器具  
及び組数

希望器具	L字型金具	チェーン式	合計
組数	組	組	組

3 対象世帯の内容

氏名	性別	生年月日	障害内容・等級・その他 (障害内容が証明できるものを添付してください。)
備考			

### 誓約書

家具転倒防止補助器具取付けに関し、私の所有する家屋ではありませんが、一切の責任を負うものであり、笠松町にはご迷惑をお掛けしません。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※ 誓約書は借家等の方のみご記入下さい。

