

有田川町家具転倒等防止対策支援事業実施申請書

年 月 日

有田川町長 様

(申請者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

有田川町家具転倒等防止対策支援事業実施要綱及び本申請書の注意事項に同意の上、次のとおり申請します。

避難に支援を要する者 ※該当箇所に○印をつけること。	氏名		生年月日	年 月 日
	要援護者区分	1. 65歳以上の高齢者のみ世帯 2. 要介護認定において要介護3以上の判定を受けている者 3. 身体障害者手帳を有する者で、障害程度が1級又は2級の者 4. 療育手帳を有する者で、障害程度がA判定の者 5. 精神障害者保健福祉手帳1級の交付を受けている者 6. 特定疾患医療受給者又は小児慢性特定疾患医療受給児 7. その他 ( )		
取付希望家具名、固定場所及び個数	家具名	固定場所 (部屋)		数量
取付家屋の種類 ※該当箇所に○印をつけること。	1. 持ち家 2. 借家 (一戸建て、アパート、マンション等含む) 3. 和歌山県営住宅 4. 町営住宅 5. その他 ( )			

- (注意事項) 1. 固定することができる家具の数は3までとする。  
 2. 要援護者区分について、手帳等の写しを添付すること。