

災害時要援護者宅家具等転倒防止原材料支給申込書

平成 年 月 日

亀山市長 様

申請者 住 所 亀山市

氏 名

印

電話番号

—

該当の 項目にしるしを付けてください。

すべての世帯員が満65歳以上の者である世帯

(ご家族全員の氏名、生年月日を記入してください。)

氏名 生年月日 M.T.S 年 月 日

氏名 生年月日 M.T.S 年 月 日

氏名 生年月日 M.T.S 年 月 日

要介護認定区分3～5の方

氏名 生年月日 M.T.S 年 月 日

氏名 生年月日 M.T.S 年 月 日

障がいのある方

氏名 生年月日 M.T.S 年 月 日

身体障害者手帳1級・2級

療育手帳A1・A2

精神障害者保健福祉手帳1級

・ 材料支給のみ

裏面の注意事項もお読みください。

※ 次のことにご注意ください。

- 1 すべての世帯員が満65歳以上の者である世帯において、過去に支給を受けた世帯は、対象外となります。
- 2 世帯状況や介護認定、障害者各種手帳の交付状況の確認をさせていただきます。
(介護認定、障害者各種手帳等の複写[コピー]添付をお願いします)
- 3 住宅が借家の場合は、金具などの取り付けについて、家主に了解をとってください。

【受付担当者記入欄】

・受付日 月 日 (来庁)

・担当者氏名 (住まい推進グループ・ 高齢者支援グループ
 障害者支援グループ)

L 型				固定金具		連結金具	その他
大	中	小	自在タイプ	家具用	冷蔵庫用		()

私は上記のとおり家具転倒防止器具を受給しました。

平成 年 月 日

申請者 _____