

家具転倒防止器具等取付事業利用申込書

（宛先）小金井市長

申込者

住 所

（利用者との関係 ）

氏 名

電 話

小金井市家具転倒防止器具等取付事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり家具転倒防止器具等取付事業の申込みをします。

なお、この申込みに際し、内容の確認が必要なときは、市長が公簿等により確認することに同意します。また、見守りの必要があるときは、市長が地域包括支援センター等の関係機関に情報の提供をすることに同意します。

記

※ □には、当てはまるところにレをつけてください。

利 用 者	氏 名	フリガナ	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
	<input type="checkbox"/> 申込者住所に同じ（以下住所欄記入不要） <input type="checkbox"/> 小金井市 町 丁目 番 号 (マンション・アパート名) 電話				
	世帯区分	<input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 高齢者以外 () 同居			
家屋の種類	<input type="checkbox"/> 持ち家（一戸建） <input type="checkbox"/> 持ち家（集合住宅） <input type="checkbox"/> 賃貸（一戸建） <input type="checkbox"/> 賃貸（集合住宅） <input type="checkbox"/> その他 ()				
取付希望 家具名	1	2	3	4	5
親 族 等	氏 名	続柄	年齢	同居・別居	住所・電話番号（携帯）
				同居・別居	電話
				同居・別居	電話
摘要（同居の状況等）：					

※この届出は、電子計算組織に登録されます。