

山県市家具等転倒防止器具購入費助成金交付申請書兼誓約書

年 月 日

山県市長 様

申請者 住所
氏名
電話

代理申請・受領委任欄 申請等を委任される場合のみ、□に「○」を記入してください。	
□	私は、本助成金の申請、同交付決定通知書の受取及び同助成金の受領並びに転倒防止器具の設置について、右記の者に委任します。 左記について、受任するとともに、山県市家具等転倒防止器具設置推進助成金の交付を申請します。

下記により山県市家具等転倒防止器具購入費助成金を交付されたく、次のとおり申請します。

- (1) 市が申請に係る内容の審査のために、住所、世帯構成、生年月日等を住民基本台帳等で確認することに同意します。
- (2) 助成金交付の決定後は、速やかに転倒防止器具を設置します。
- (3) 転倒防止器具の設置後は、家具や柱等から取り外しません。
- (4) 指定法人が設置した場合において、転倒防止器具の購入費用が助成金の額を超えるときは、その差額を指定法人に直接支払います。

記

1 家屋の権利関係 該当する□にレを記入してください。

□持家

□借家・・・下の家屋所有者承諾欄に記入が必要になります。

□間借・・・下の家屋所有者承諾欄に記入が必要になります。

□ その他（ ）

家屋所有者承諾欄	私が所有する家屋に、使用者である上記申請者が転倒防止器具を取り付けることを承諾します。	
	住所	
	氏名	

裏面も記入願います。

2 転倒防止器具の種類・単価・個数・金額（欄が不足する場合はコピーしてお使いください。）

不足欄追加用紙 有・無

器具番号	家具名	項目					小計
①		器具種類					円
		単価	円	円	円	円	
		個数	個	個	個	個	
		金額	円	円	円	円	
②		器具種類					円
		単価	円	円	円	円	
		個数	個	個	個	個	
		金額	円	円	円	円	
③		器具種類					円
		単価	円	円	円	円	
		個数	個	個	個	個	
		金額	円	円	円	円	
①～③合計			円	円	円	円	円

※ 器具の単価が分かるよう、見積書・カタログ等を添付してください。

※ 助成金限度額は、1世帯当たり3,000円（消費税含む。）、原則1世帯1回限りです。

市役所審査欄

世帯番号

氏名	生年月日	続柄	対象要件	確認
		世帯主		身・知・精・介・認
				身・知・精・介・認
				身・知・精・介・認

①65歳以上 ②要支援、要介護 ③身体障害者手帳1～3級 ④療育手帳A・B
 ⑤精神障害者保健福祉手帳1・2級 ⑥難病患者など ⑦母子家庭及び寡婦家庭
 （18歳以上65歳未満の者が同居する場合は除く）