

家具転倒防止器具等支給等申請書

令和 年 月 日

青梅市長 殿

| | | | | |
|----------|-----------------------------|-------------------------------|---|------|
| 申請者(世帯主) | 住 所 | 〒198- 青梅市 (マンション・アパート名) | | |
| | フリカ`ナ | | | |
| | 氏 名 および 生年月日 (世帯主) | 大正・昭和・平成 | 年 | 月 日生 |
| | 電話番号 | | | |

青梅市家具転倒防止器具等支給取付事業実施要綱・青梅市高齢者家具転倒防止器具等支給取付事業実施要綱・青梅市障害者家具転倒防止器具等支給取付事業実施要綱にもとづき、下記のとおり家具転倒防止器具等の支給および取付け（以下「支給等」という。）を申請します。

なお、支給等の要件の審査に伴い住民基本台帳等により私の世帯の住民記録を確認すること、障害の状況を市の公簿で確認すること、および支給等のため、住所、氏名等の情報を事業者を提供することに同意します。（申請者欄は、世帯主本人が自署してください。）

記

器具等の支給等を受けることができる理由およびお住まいの住居の種別を下表に御記入ください。

| | | | |
|--|------------------|------------------------------|------------------------------|
| 器具等の支給等を受けることができる理由（該当する項目の全てに○を付けてください。） | | | |
| 1 以前に家具転倒防止器具等の支給を受けたことがない（以前に支給を受けたことがある場合は、申請をすることができません。） | | | |
| 2 市の指定する対象区域に住所を有している世帯 | | | |
| 3 65歳以上の者のみを構成員とする世帯 | | | |
| 4 身体障害者手帳の交付を受けている者の属する世帯〔手帳番号 _____〕 | | | |
| 5 愛の手帳の交付を受けている者の属する世帯〔手帳番号 _____〕 | | | |
| 6 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者の属する世帯 〔手帳番号 _____〕 | | | |
| 上記の4から6までに該当する場合は、該当する方の氏名等を下欄に記入してください。 * 住民記録等による個人情報の調査に同意される場合は、個人情報調査同意欄に押印してください。 * <u>受給者本人による自署の場合は押印を省略することができます。</u> | | | |
| 氏 名 | 生 年 月 日 | 申請者からみた続柄 | 個人情報調査同意 |
| | 大・昭 平・令 年 月 日 | | ☑ |
| 施設等の入所の有無（該当する項目に○を付けてください。） | | 1 有 | 2 無 |
| 住宅の種別（該当する項目に○を付けてください。） | | 1 自己所有 | 2 賃貸住宅等※ |
| ※ 賃貸住宅等にお住まいの世帯で、当該建物や作り付けの家具などに、木ねじ等で直接固定する器具等の取付けを申請される場合は、あらかじめ家主または住宅管理者の承諾を得る必要があります。（該当するものにチェック☑してください。） | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 承諾済 | <input type="checkbox"/> 未承諾 |

〔裏面へ続く〕

下表の中から必要な器具を選び、数量等を御記入ください（支給限度は、150ポイント以内です。）。

| 器 具 名 | ポイント | 数量 | ポイント計 |
|---|-------|----|-------|
| 突っ張り棒〔マグニチュード 7ML-35〕（2本1組） 家具から天井までの高さ25～35cm | 茶 | 60 | |
| | アイボリー | 60 | |
| 突っ張り棒〔マグニチュード 7ML-50〕（2本1組） 家具から天井までの高さ35～50cm | 茶 | 60 | |
| | アイボリー | 60 | |
| 突っ張り棒〔マグニチュード 7ML-80〕（2本1組） 家具から天井までの高さ50～80cm | 茶 | 60 | |
| | アイボリー | 60 | |
| 突っ張り棒〔マグニチュード 7ML-110〕（2本1組） 家具から天井までの高さ80～110cm | 茶 | 65 | |
| | アイボリー | 65 | |
| 突っ張り棒補強あて板（2枚1組） | 30 | | |
| ベルト式耐震金具〔タンスガードⅡ〕（2本1組） | 15 | | |
| 家具転倒防止板〔ふんばる君〕（2本入） | 20 | | |
| 家具転倒防止具〔L字型金具〕（大2個、小2個入） | 15 | | |
| 家具転倒防止器具〔不動王T型固定式〕（2個1組） | 30 | | |
| キャビネット・ロッカー連結用〔不動王連結用シート〕（4枚入） | 25 | | |
| 冷蔵庫ストッパー（2本1組） | 30 | | |
| 扉開放防止金具〔とびらロック〕（2組入） | 15 | | |
| 薄型テレビ用耐震シート〔不動王耐震シート〕（6枚入） | 25 | | |
| 合 計 | | | |

備考

- 天井、壁、床および家具類の状況によっては取付けができない場合がありますので、十分確認の上、申請してください。
- 突っ張り棒は、家具類と天井までの高さによって器具が異なりますので、寸法を御確認の上、申請してください。寸法がちょうど35センチメートル、50センチメートルまたは80センチメートルの場合には、1つ上のサイズを御使用ください。
- 器具によっては、取付けの際に家具や壁面等に穴が開くことをあらかじめ御了解願います。
- 賃貸住宅等にお住まいの方は、あらかじめ家主、住宅管理者の承諾を得て、取付けが可能であることを確認してから申請してください。
- 器具等の取付けは現状のまま行います。壁、天井、床および家具類に対する補強工事等を行いません。

| | | | | |
|-----|-----|--|------|--|
| 処理欄 | 受付日 | | 受付番号 | |
|-----|-----|--|------|--|