

## 長久手市家具転倒防止事業利用申請書

年 月 日

長久手市長殿

申請者（利用者） 住所

氏名

電話（ ） —

長久手市家具転倒防止事業を利用したいので申請します。

世帯 状 況	世帯 員 名	氏 名	生 年 月 日	続 柄	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
	◆該当する世帯の番号を○で囲んでください。				
	1 65歳以上のひとり暮らしの方      2 75歳以上の方のみの世帯 3 身体障害者手帳2級以上の方      4 療育手帳B判定以上の方 5 精神障害者保健福祉手帳2級以上の方      6 要介護認定3以上の方 7 その他（ ）				
取 付 家 具 等	◆取付けを希望する家具等を○で囲んでください。※合計4点まで				
	たんす・食器棚・本棚・冷蔵庫・テレビ・その他（ ）				
備考					

添付書類：家具転倒防止事業誓約書（様式第2号）