

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。なお、長久手市家具転倒防止事業実施要綱を遵守します。

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歳以上の方のみの世帯 2 身体障害者手帳1、2級の者 3 療育手帳A、B判定の者 4 精神障害者保健福祉手帳1、2級の者 5 要介護3から5までの者 6 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）