

九度山町長 様

年度九度山町家具転倒防止対策事業補助金交付申請書

九度山町家具転倒防止対策事業補助金交付要綱第5条の規定により、補助金の交付を受けたいので関係書類を添えて申請します。

なお、九度山町家具転倒防止対策事業補助金交付要綱第4条に規定する世帯であることを確認するため、世帯員の個人に関する情報を閲覧されることを承諾します。

申請者 (世帯主に代わる者の場合は、世帯主名をここに記入し、代わる者は下記連絡先に記入ください。)	住所	九度山町			年齢	歳	
	(ふりがな)氏名	Ⓜ			電話番号	() —	
世帯構成 (世帯主を除く。)	氏名	年齢	続柄	氏名	年齢	続柄	
対象世帯 ※該当番号に○	1. 65歳以上の者のみ又は65歳以上と18歳未満の者のみで構成する世帯						
	2. 介護保険の要介護認定で要介護2以上と認定されている者がいる世帯						
	3. 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾患医療受給者証、特定医療費（指定難病）受給者証、小児慢性特定疾患医療受給者証の交付を受けている者がいる世帯						
	4. その他町長が必要と認める世帯						
家主の承諾 (持家の場合は、不要。)	家具転倒防止器具を家具と家屋に取り付けることを承諾します。 家主等 住所 _____ 氏名 _____ Ⓜ						
連絡先 (世帯主に代わって申請される方及び申請者との意思確認等が必要な場合は、必ず記載ください。)	住所						
	(ふりがな)氏名						
	電話番号	() —	申請者との関係				

交付申請額の算出		
補助対象 経費	購入費（見積額）	円
	取付費（見積額）	円
	合計（A）	円
交付申請額 ※(A)と5,000円の少ない方の額[100円未満切捨]		円

<添付書類>

1. 転倒防止器具の購入にかかる費用の見積書の写し
2. 取付けを業者委託する場合は、その費用の見積書の写し
3. 対象世帯に該当することが確認できる書類の写し
4. その他町長が必要と認める書類