

様式第1号（第6条関係）

甲賀市家具転倒防止器具等取付費補助金交付申請書

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住 所

氏 名

⑩

電 話

甲賀市家具転倒防止器具等取付費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

	ふりがな 氏 名 (生年月日)	区 分	交付日・番号(※)
世帯主	( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 75歳以上 <input type="checkbox"/> 18歳未満 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 種 級 ) <input type="checkbox"/> 療養手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳 ( 種 級 ) <input type="checkbox"/> 介護認定 ( 要介護 ・ 要支援 )	交付日 年 月 日 都道府縣市 第 号
世帯主以外の世帯員	( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 75歳以上 <input type="checkbox"/> 18歳未満 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 種 級 ) <input type="checkbox"/> 療養手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳 ( 種 級 ) <input type="checkbox"/> 介護認定 ( 要介護 ・ 要支援 )	交付日 年 月 日 都道府縣市 第 号
	( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 75歳以上 <input type="checkbox"/> 18歳未満 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 種 級 ) <input type="checkbox"/> 療養手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳 ( 種 級 ) <input type="checkbox"/> 介護認定 ( 要介護 ・ 要支援 )	交付日 年 月 日 都道府縣市 第 号
	( 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 75歳以上 <input type="checkbox"/> 18歳未満 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 種 級 ) <input type="checkbox"/> 療養手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳 ( 種 級 ) <input type="checkbox"/> 介護認定 ( 要介護 ・ 要支援 )	交付日 年 月 日 都道府縣市 第 号

※ 75歳未満の方で身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳又は介護保険被保険者証をお持ちの方はその交付された日及び番号を記入してください。

住宅区分	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 貸家・借間 <input type="checkbox"/> その他
------	--

※借家・借間の場合は、所有者又は管理者の承諾書が必要です。

取付希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
------	--

添付書類

- 1 世帯員全員の記載のある住民票の写し
- 2 世帯員全員の市県民税の課税状況を証する書類
- 3 その他市長が必要と認める書類

添付書類省略 のための同意 について	<p>次の1及び2のカッコ内のいずれかに○をつけてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 市内に住所を有する者であることを市が自らの管理する公簿等で確認することについて（同意します・同意しません）</li> <li>2 市県民税が課税されていないことを市が自らの管理する公簿等で確認することについて（同意します・同意しません）</li> </ol>
--------------------------	---

※同意した場合は、上記添付書類1及び2の添付を省略することができます。