

様式第2号（第6条関係）

吹田市高齢者・重度障害者世帯家具等転倒防止器具設置助成金交付申請書

年 月 日

吹田市長あて

申請者 住所
(世帯主) 氏名 (※)
電話

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください

高齢者・重度障害者世帯家具等転倒防止器具設置助成金の交付を次のとおり申請します。

なお、この申請に係る審査のために市職員が私及び私以外の世帯の者の課税内容等及び介護保険法の規定による介護認定等について調査することに同意します。

| 世帯の状況 | 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 障害等の区分 |
|---|----|--|-----|------|---|
| | | 世帯主 | 男・女 | | 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5） 身体障害者手帳（1級・2級） 療育手帳（A） 精神障害者保健福祉手帳（1級） |
| | | | 男 | | 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5） 身体障害者手帳（1級・2級） 療育手帳（A） 精神障害者保健福祉手帳（1級） |
| | | | 男・女 | | 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5） 身体障害者手帳（1級・2級） 療育手帳（A） 精神障害者保健福祉手帳（1級） |
| | | | 男・女 | | 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5） 身体障害者手帳（1級・2級） 療育手帳（A） 精神障害者保健福祉手帳（1級） |
| <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 持家 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家 |
| 転倒防止器具を設置する家具等 | | たんす（ 台 ） ・ 食器棚（ 台 ） ・ 本棚（ 台 ） 冷蔵庫（ 台 ） ・ テレビ（ 台 ） その他（ 台 ） | | | |
| 市の助成を受けられるのは5台 | | | | | |
| 交付申請額 | | 材料費 | 円 | 設置費 | 円 合計 円 |
| 指定業者の名称 | | | | | |
| 委任欄 | | 高齢者・重度障害者世帯家具等転倒防止器具設置助成金の請求及び受領について、上記指定業者に委任します。 委任者（世帯主）氏名 (※) | | | |
| (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください | | | | | |

・指定事業者の名称

別紙に記載された4つの業者の中から任意に施工業者を1つ選択する。

材料費について

・生活保護世帯の場合

設置費用に加えて材料費も助成対象となる。

・市町村民税非課税世帯の場合

材料費については助成されないため、0円と記入。

なお、材料は自身で購入し用意しておくか、施工業者から全額を自己負担で購入することとなる。