

様式第2号

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 吹田市
 (世帯主) 氏名 _____ 印
 電話 _____

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	要介護認定・重度障害者		
	(男・女) M・T 年 月 日生 (歳) S・H	世帯主	・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) M・T 年 月 日生 (歳) S・H		・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) M・T 年 月 日生 (歳) S・H		・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) M・T 年 月 日生 (歳) S・H		・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)		
生活保護受給世帯・市町村民税非課税世帯		持家・借家			
転倒防止器具の設置を希望する家具等		・たんす【 台】 ・本棚【 台】 ・テレビ【 台】 ・その他【 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) _____ 印				

※ 添付書類

- ・転倒防止器具の設置に係る見積書(生活保護受給世帯の場合に限る)
- ・その他()

上記の者に対し、吹田市家具等転倒防止器具設置助成事業の利用を決定してよろしいですか。

決裁欄	起案日	年 月 日	決裁日	年 月 日
	参事	主幹	主査	係員
				合議

※希望される事業者を選択してください。特に希望がなければ最寄りの事業者にさせていただきます。

	設置業者	所在地	電話番号
1	(株) フロンティア 吹田営業所	西の庄町2-17	6310-7531
2	(株) ウィズ江坂店	垂水町1-41-7	6310-6262
3	(株) クラッセル吹田店	佐井寺4-51-20	6387-0567
4	ゆうえる (株)	津雲台4-1-7	6836-2860
5	(有) ハートフル・ケア	山田東2-10-6 高橋ビル2F	6876-8020
6	(株) あかつき	千里山東1-16-16	6310-6230

- ※1 この事業において、固定した家具等は地震発生時に絶対転倒しないことを保証するものではないため、被害が発生した場合においても市および設置業者は一切の責めを負えませんので、ご承知おきください。
- ※2 この事業の利用は1回限りです。取り付けの追加、家具の移動時の取り外し及び取り付け等は自己負担になります。
- ※3 器具の取り付けは吹田市が指定した業者が行います。
- ※4 助成の対象家具はタンス、食器棚、本棚、テレビ、冷蔵庫等で、特に限定はありません。ただし、設置台数は5台までです。
- ※5 助成の対象は設置費で、助成額は5,000円を限度とします。ただし、生活保護受給世帯は材料費についても5,000円を限度に助成します。助成限度額を超えて取り付けを希望される場合は、超える額について自己負担となります。