

年 月 日

（あて先）新居浜市長

私は、次の条件を承諾し、申請します。

- 1 補助の内容について、家具の固定は3点まで、ガラス飛散防止フィルムは4枚までの施工費用を新居浜市が負担しますが、材料費は申請者が負担します。
- 2 家具等固定完了後に家具等の破損した場合において、市長及び施工事業者は責任を負いません。
- 3 家具等固定完了後に、地震等の災害で家具等が転倒すること及びガラスの飛散により、負傷又は死亡した場合において、市長及び施工事業者は責任を負いません。
- 4 借家等に施工する場合は、事前に建物の所有者（管理者）の承諾（第2号様式）を得てください。未承諾のまま施工が完了し、トラブルが発生した場合も市長及び施工事業者は責任を負いません。

申請者	ふりがな		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）		
	氏名		電話番号	（ ） -		
	住所	〒 - 新居浜市				
	要介護（要支援）状態 手帳種別	<input type="checkbox"/> 要介護（要支援）認定 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳				
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人世帯 <input type="checkbox"/> 一人世帯以外（世帯の状況欄に記載してください）				
	市税の滞納の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
世帯申請者状況	氏名	生年月日	続柄	対象	市税の滞納	
		明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
家状屋況	<input type="checkbox"/> 持ち家（ <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 分譲マンション）・ <input type="checkbox"/> 公営住宅・ <input type="checkbox"/> 賃貸マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> その他（ ）※持ち家以外の場合は、第2号様式の承諾書が必要です。					
申提出書者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下欄に記入） ※必ず連絡の取れる方を記入してください 〒 - 電話番号（ ） - 氏名（申請者との関係）					

同意書

（あて先）新居浜市長

私は、新居浜市家具転倒防止等推進事業の対象世帯であることを確認するために、世帯員の次の情報を市が調査することについて、世帯を代表して同意します。

- （1）住民基本台帳に関すること
- （2）要介護（要支援）認定、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳の障害の程度に関すること
- （3）市税の滞納状況に関すること

年 月 日

氏名 _____

第2号様式（第6条関係）

新居浜市家具転倒防止等推進事業申請に関する家屋所有者等の承諾書

この申請により、家具転倒防止器具等を家屋に取り付けることに同意します。

年 月 日

家屋所有者（管理者）

住所 〒 —

氏 名 _____

電話番号() _____