

課長	審査

年 月 日

市川市長

市川市ひとり暮らし高齢者等火災警報器給付申請書

火災警報器の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所				電話番号
希望する用具の左にある□に✓を入れてください。		<input type="checkbox"/> ①煙式火災警報器（寝室用） <input type="checkbox"/> ②熱式火災警報器（台所用）			
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業	備考

現況調査	1. お住まいの全ての寝室及び階段に煙式火災警報器は設置してありますか。	はい ・ いいえ
	2. お住まいの全ての台所に熱式火災警報器は設置してありますか。	はい ・ いいえ
	3. (1、2で「はい」だった場合)設置しているものがリース契約の場合、撤去すると違約金が発生することがあります。取引業者に確認はしてありますか。	はい ・ いいえ
	4. 65歳未満の方又は市民税課税の方は同居していらっしゃいますか。 (別世帯の方も含みます。)	はい ・ いいえ
	5. (申請者本人以外が提出する場合) 提出代行者に、給付資格の有無について知らせることに同意しますか。	はい ・ いいえ
確認事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設置にあたっては市の指定した業者が訪問し、ご自宅に立ち入って設置します。 ・ 現在の状況で既に市川市火災予防条例第29条の3に定める基準を満たしており、火災警報器の設置の必要がない場合には、申請をご遠慮いただくようお願いします。 	

上記の現況調査は、事実と相違ありません。また、上記の確認事項の内容を確認のうえ、申請します。

裏面も必ずご記入ください。

給付要件の審査のため、課税状況の確認が必要となります。
市川市が公簿等により課税状況を確認することに同意する方は、下記に署名・捺印してください。

また、市川市が課税状況を確認することに同意したときは、給付資格の有無の連絡先について、希望する箇所の□に「レ」を記入してください。

- 提出代行者への連絡を希望します。
- 本人又は家族への連絡を希望します。

年 月 日

上記の内容を確認しましたので、同意します。

氏名 _____ 印

提出代行者	名称・氏名	該当に○→《家族(続柄/)・介護支援専門員・市川市高齢者サポートセンター》
	住所・電話 (自宅・勤務先)	〒 ー 電話 (昼間の連絡先) ()