

市川市家具転倒防止器具等取付費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

市川市長

申請者 住 所 市川市
 (世帯主) 氏 名
 電 話 ()

市川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。
 なお、交付の決定を受けた場合は、当該交付の決定に係る補助金の額を下記の振込先に振り込んでください。

記

【同意・誓約事項】以下の内容を確認し、同意・誓約する場合は、チェックを入れてください。

市川市が補助金の交付決定を行うため、補助対象者の属する世帯の世帯全員分の氏名、住所及び生年月日並びに課税状況を確認することについて同意します。

※ 同意されない場合は、住民票の写し及び課税状況が分かる書類の添付が必要となります。

1 申請内容

	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"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (種 級)	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"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (種 級)	交付日 年 月 日 都道府縣市 第 号
	(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (種 級)	交付日 年 月 日 都道府縣市 第 号
住宅区分	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家・借間 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※ 65歳未満の方で身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉手帳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。

裏面も必ずご記入ください。

購入日	年 月 日	取付完了日	年 月 日
購入又は取付けに要した費用の額の合計額		円	
補助金交付申請額（上限10,000円）		円	
取付箇所	タンス 食器棚 本棚 テレビ 冷蔵庫 つり下げ型照明器具 その他（ ）	箇所 箇所 箇所 箇所 箇所 箇所 箇所	合計 箇所

2 振込先※

金融機関名	支店名	種目	口座番号						
金融機関コード	店舗コード		1 普通						
		2 当座							
フリガナ									
口座名義人氏名									

※ 振込先の口座名義が申請者と異なる場合

【委任状】
 私（申請者）_____は、この申請に基づく補助金の受領に関する一切の権限を、以下の受取人に委任します。
 受取人 住所
 氏名

以下には記載しないでください。

【担当課職員処理欄】

市民税が非課税世帯である。

[1] 65歳以上のひとり暮らし又は高齢者世帯
 [2] 身体障害者手帳（1, 2級）・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳（1級）所持者で構成された世帯
 [3] [1][2]で構成された世帯（18歳以下の市民税非課税者が含まれる場合も対象。）

2回目の申請ではない（転居や建て替えをした場合を除き、1世帯1回限り）。

（振込先が申請者と異なる場合）委任状欄に記載がある。

受付職員（ ）