様式第１号（第６条関係）

市川市家具転倒防止器具等取付費補助金交付申請書

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。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな氏　名（生年月日） | 区分 | 交付日・番号（※） |
| 世帯主 | （　　　　年　　月　　日） | □６５歳以上□身体障害者手帳（　 　種　 　級）□療育手帳□精神障害者保健福祉手帳（　　 種　 　級） | 交付日　年　 月　 日都道府県市　第　　　　号 |
| 世帯主以外の世帯員 | （　　　　年　　月　　日） | □６５歳以上□身体障害者手帳（　 　種　 　級）□療育手帳□精神障害者保健福祉手帳（　　 種　 　級） | 交付日　年　 月　 日都道府県市　第　　　　号 |
| （　　　　年　　月　　日） | □６５歳以上□身体障害者手帳（　 　種　 　級）□療育手帳□精神障害者保健福祉手帳（　　 種　 　級） | 交付日　年　 月　 日都道府県市　第　　　　号 |
| （　　　　年　　月　　日） | □６５歳以上□身体障害者手帳（　 　種　 　級）□療育手帳□精神障害者保健福祉手帳（　　 種　 　級） | 交付日　年　 月　 日都道府県市　第　　　　号 |
| 住宅区分 | □持ち家　　□借家・借間　　□その他（　　　　） |

|  |
| --- |
| 　次の１及び２のカッコ内のいずれかに○を付けてください。 |
| １　市内に住所を有する者であることを市が自らの管理する公簿等で確認することについて、（同意します。・同意しません。） |
| ２　市民税が課税されていないことを市が自らの管理する公簿等で確認することについて、（同意します。・同意しません。） |

※　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。