

市川市家具転倒防止器具等取付費補助金交付申請書

令和〇年〇月〇日

市川市長

申請者 住 所 **市川市八幡9-1-1**
 (世帯主) 氏 名 **八幡 太郎**
 電 話 **(334) 0000**

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	やわた たろう 八幡 太郎 (昭和7年 7月 7日)	<input checked="" 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
	やわた はなこ 八幡 花子 (昭和10年 10月 10日)	<input checked="" 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	やわた いちろう 八幡 一郎 (昭和36年 3月 3日)	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1種 1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 平成6年6月6日 都道府縣市 千葉県第0000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 ()	
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、 <u>(同意します)</u> ・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、 <u>(同意します)</u> ・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。