様式第１号（第５条関係）

（表面）

芦屋市家具転倒防止推進事業補助金交付申請書

令和　　年　　月　　日

芦屋市長　宛

私は，下記の条件を承諾し，次のとおり申請します。

１　住所，世帯構成，年齢，障がいについて確認する場合には，市に備えられている台帳等を閲覧することに同意すること。

２　器具取り付け完了の承諾後，家具等の破損による損害賠償を請求しないこと。

３　１世帯につき，施工費用のうち芦屋市負担の上限5,200円を超える施工費用は，申請者において費用負担すること。

４　器具取り付け完了後に，地震等の災害で家具等の転倒により，負傷又は死亡した場合において市長は，一切損害賠償責任を負わないこと。

５　借家，アパート等（自己及び同居している者以外が所有する建物）に施工する場合は，事前に建物の所有者又は管理者の承諾を得ること。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | 生年月日 | 大・昭・平・令 　年 　 月 　 日(　　歳) |
| 氏　　名 |  　　　　　　　 | 電話番号 | ( 　　　　) 　　　　－ |
| 住　　所 | 〒　　　－　　　　　芦屋市 |
| 該 当 事 項 | 　　身体障害者手帳　　　　療育手帳　□６５歳以上精神障害者保健福祉手帳　　　　要介護認定　　□　要支援認定 |
| 世帯状況 | 　　一人世帯　　　　一人世帯以外（下記の家族状況欄を記載してください） |
| 家 申族 請の 者状 除況 く | 氏名 | 生年月日 | 続　柄 | 該当事項(○で囲んでください) |
|  | 大・昭・平・令 　 年　　月　　日 |  | 身・療・精・介・６５ |
|  | 大・昭・平・令 　 年　　月　　日 |  | 身・療・精・介・６５ |
|  | 大・昭・平・令 　 年　　月　　日 |  | 身・療・精・介・６５ |
|  | 大・昭・平・令 　 年　　月　　日 |  | 身・療・精・介・６５ |
| 家状屋況 | 　持ち家 （　 一戸建て　　 分譲マンション）・　 公営住宅・　 賃貸マンション　アパート・　 借家・　 その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)**※　持ち家以外の方は，裏面の承諾書が必要です** |
| 申提請出書者 | 　 申請者本人　　　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( 　　　　)　　 　－　　　　　　　　　携帯番号(　　 　　)　　 　－氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　(申請者との関係　　　　　　　　　　　　　　　　)  |

**※　　欄には，該当する所にレ点を記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 収受 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日第　 　　　　　　 　　　　　　　号 | 審査項目 | ６５歳以上　　　その他(　 　　　)障がい者等(　 　　　　　　　　) |
| 審査 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | 決定・却下 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 取付予定日**問い合わせ先：芦屋市　防災安全課　ＴＥＬ　３８－２０９３** | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | 完了 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

（裏面）

|  |
| --- |
| 芦屋市家具転倒防止推進事業補助金交付申請に関する家屋所有者等の承諾書家具転倒防止器具を家屋に取り付けることに同意します。令和　　年　　月　　日家屋所有者（管理者）住所　　〒　　　　－氏　　名　　　　 　　　　　　　　　　　電話番号(　　　　)　　 　－　　 　  |