様式第１号（第６条関係）

印南町高齢者世帯等家具転倒防止器具設置費補助金交付申請書

受　付　印

印　南　町　長　様

年　　月　　日

申請者　住所　印南町大字

氏名　　㊞

電話　　－

印南町高齢者世帯等家具転倒防止器具設置費補助金の交付を受けたいので、同事業実施要綱第６条の規定により下記のとおり申請します。なお、交付申請にあたり、私の世帯構成の状況について住民基本台帳及び福祉関係台帳等により現況確認することに同意します。

記

１　交付申請額　　金　　円　〔対象事業総額　金　　円〕

２　世帯構成の状況

氏　　名	年齢	続柄	備　考（障害等の状況）	氏　　名	年齢	続柄	備　考（障害等の状況）

※　当てはまるものに、○　をつけて下さい。

1、（　　）６５歳以上の一人暮らし高齢者世帯
2、（　　）６５歳以上の高齢者のみで構成されている世帯
3、（　　）重度心身障害者等と６５歳以上の高齢者のみで構成されている世帯
4、（　　）重度心身障害者等の一人暮らし又は重度心身障害者のみで構成されている世帯
5、（　　）その他（　　）

３　設置する住宅の所在地及び器具等

①家の所在地　　印南町大字

（※申請者の住所と異なる場合の理由：　　）

②家の種類　　1、持ち家　　2、借家　　3、アパート　　4、その他（　　）

③借家の場合　　家主の同意　　家主の住所

家主の氏名　　㊞

④設置箇所　1、寝室（　　）個　　2、台所（　　）個　　3、その他（　　）（　　）個

⑤設置器具数　器具名　　器具名　　器具名

器具名　　器具名　　器具名

（町記入欄）・・・申請者は記入不要

補助対象の可否	該当	非該当　（理由　　）
世帯構成の確認	住民基本台帳	福祉関係台帳　　その他（　　）
町税等の納付情報	完納	その他（　　）
交付決定通知の回収	済	未済（理由　　）