

印南町家具転倒防止器具設置費補助事業にかかる
〔家具転倒防止器具取付証明書〕

印 南 町 長 様

申請者 氏名 _____

印南町家具転倒防止器具設置費補助事業に基づき、下記のとおり家具転倒防止器具を取り付けしたので証明します。

記

1、取付内容

取付した家屋の所在	所在： 印南町大字		
申請者住所と異なる場合	理由：		
家の種類	1,持ち家 2,借家 3,アパート 4,その他（ ）		
借家の場合	家主住所：		
	家主氏名： ⑩		
取付日	年 月 日		
取付箇所	1,寝室（ ）個 2,台所（ ）個 3,その他（ ）（ ）個		
取付器具等	1,器具名（ ） 2,器具名（ ）		
	3,器具名（ ） 4,器具名（ ）		
	5,器具名（ ） 6,器具名（ ）		
備 考			

年 月 日

取付者（取付業者） 住所 _____

氏名 _____ ⑩

電話 _____ ー _____