



印南町家具転倒防止器具設置費補助事業  
〔交付申請書兼請求書〕

年 月 日

印南町長様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

委任者 住所 印南町大字 \_\_\_\_\_  
(委任する場合) 氏名 \_\_\_\_\_

印南町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 交付請求額 金 \_\_\_\_\_ 円 [対象事業総額 金 \_\_\_\_\_ 円]

2 世帯構成の状況 ※ 当てはまるものに、○ をつけて下さい。

- 1、( ) 65歳以上の高齢者のみで構成されている世帯
- 2、( ) 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
- 3、( ) 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
- 4、( ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

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)

3 添付書類

- 1、レシート又は領収書の写し
- 2、取り付けした器具の写真
- 3、家具転倒防止器具取付証明書 (様式第4号 (第6条関係))
- 4、振込口座確認書類 (通帳またはキャッシュカードのコピー)

4 補助金の振込先 (代理受領  ※代理受領を希望する場合にを入れてください。)

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右づめで記入)	フリガナ 口座名義
銀行	店	普通 当座		
信用金庫	支所 出張所			
農協	店番号			

(町記入欄)・・・申請者は記入不要

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 ( _____ )	