

伯耆町家具転倒防止等対策事業補助金交付申請書兼実績報告書

令和〇年〇月〇〇日

伯耆町長 様

申請者 住 所 伯耆町吉長〇〇
氏 名 伯耆 太郎 印
電 話 番 号 〇〇-〇〇-〇〇

伯耆町家具転倒防止等対策事業補助金を下記のとおり受けたいので、伯耆町家具転倒防止等対策事業補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

補助金交付 申 請 額	12,000 円 (申請額に100円未満の端数があるときは、これを切り捨てにしてください。)		
補 助 対 象 事 業 費	器具等購入費 10,000 円	器具等取付費 2,000円	合計 12,000円

※器具等取付費を補助対象とするときは、下欄を記入してください。世帯員全員が確認項目欄のいずれかに該当する必要があります。手帳等をお持ちの方はご持参ください。
また、生活保護世帯又は市町村民税非課税世帯に該当する場合は、同意書の欄に記入してください。

世帯員の氏名・生年月日		確認項目
世帯主	伯耆 太郎 昭和20年4月1日生	☒ 65歳以上 ☐ 身体障害者手帳1・2級 ☐ 療育手帳A ☐ 精神障害者福祉手帳1級 ☐ 要介護度3以上 ☐ 生活保護世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 町長特認
その他の世帯員	伯耆 花子 昭和20年4月2日生	☒ 65歳以上 ☐ 身体障害者手帳1・2級 ☐ 療育手帳A ☐ 精神障害者福祉手帳1級 ☐ 要介護度3以上 ☐ 生活保護世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 町長特認
	年 月 日生	☐ 65歳以上 ☐ 身体障害者手帳1・2級 ☐ 療育手帳A ☐ 精神障害者福祉手帳1級 ☐ 要介護度3以上 ☐ 生活保護世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 町長特認
	年 月 日生	☐ 65歳以上 ☐ 身体障害者手帳1・2級 ☐ 療育手帳A ☐ 精神障害者福祉手帳1級 ☐ 要介護度3以上 ☐ 生活保護世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 町長特認

同意書

私は、この申請に係る事務のため、伯耆町長が私及び私の世帯に関する個人情報（税情報又は生活保護受給の有無）を調査・確認することに同意します。

申請者氏名 伯耆 太郎 印

※住宅が持家以外のときは、器具等の取付けについて、家主等の承諾を得てください。

家主の承諾	家具転倒防止器具等により家具を家屋に固定することを承諾します。 年 月 日 所有者又は管理者 住所 氏名 印
-------	---

添付書類

- 事業に要した経費の領収書（名称、単価、数量等が分かるもの。別紙可）
- 家具転倒防止器具等の取付後の状況を証する写真（器具等購入のみの場合も必要）