

第1号様式

船橋市家具転倒防止器具設置費補助申請書

年 月 日

船橋市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

家具転倒防止器具設置費の補助を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

器 具 設 置 日		年 月 日															
器 具 取 付 事 業 者		No		事業者名													
器具の設置に要した費用		円															
器具設置費補助申請額		円															
住 宅 の 所 有 区 分		☐ 持家 ☐ 借家															
補 助 対 象 者	主たる対象者	住 所	船橋市														
		氏 名															
		生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年 月 日												
		身体の状況	☐ 介護保険 要支援（１・２）・要介護（１・２・３・４・５） ☐ 障害者手帳（身体・療育・精神） 番号（ ） 障害の程度（ ） ☐ 難病患者等 受給者番号（ ）														
	その他	世帯の状況	氏 名	年齢	続柄	備 考											
						☐ 介護保険（ ） ☐ 障害者手帳等（ ）											
						☐ 介護保険（ ） ☐ 障害者手帳等（ ）											
						☐ 介護保険（ ） ☐ 障害者手帳等（ ）											
振込先口座																	
銀行 金庫 組合 農協		本 店 支 店 出張所		☐ 普通 ☐ 当座	金融機関コード	店番号	口座番号										
フリガナ																	
口座名義人																	

〈提出者（申請者以外が提出する場合のみ記入）〉

提出者	住 所						
	氏 名						
	電話番号				申請者との関係		