

葛城市長 様

申込者 住 所

氏 名

電話番号

軽度生活援助事業(家具転倒防止器具取付)申請書

下記のとおり、家具転倒防止器具の取付けを申請します。

記

フリガナ 氏 名			生 年 月 日	
			明・大・昭・平 年 月 日	
住 所	葛城市		電話番号	
家屋の種類	1 自宅(一戸建・分譲マンション) 2 賃貸マンション 3 公団住宅 4 市営住宅 5 借家 6 アパート 7 その他()			
取付希望 家具名	1	2	3	4
家屋の所有者 又は管理 者の同意	この申請により、家具転倒防止器具を家具に取り付け、家具を家屋 に取り付けることに同意します。 年 月 日 家屋の所有者又は管理者 住 所 氏 名			

