

鴻巣市家具転倒防止器具等購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）鴻巣市長

住 所

申請者 氏 名

（署名又は記名押印）

電話番号

鴻巣市家具転倒防止器具等購入費補助金交付要綱第7条又は第8条の規定により申請及び請求します。

器具の種類 ※該当する□に✓を記入してください。	<input type="checkbox"/> L字型金具 <input type="checkbox"/> 転倒防止チェーン <input type="checkbox"/> 粘着シート <input type="checkbox"/> 扉開閉防止器具 <input type="checkbox"/> 感震ブレーカー <input type="checkbox"/> 住宅用防災警報器又は住宅用防災報知設備 <input type="checkbox"/> その他の器具等（ ）	<input type="checkbox"/> 転倒防止ベルト <input type="checkbox"/> 突っ張り棒 <input type="checkbox"/> ガラス飛散防止フィルム <input type="checkbox"/> 2段家具連結止金具
購入（取付け）年月日	令和 年 月 日	
建物の所有区分 ※該当する□に✓を記入してください。	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
右記の事項に同意する場合は□に✓を記入してください。	<input type="checkbox"/> この申請に係る審査に当たり、私の住民基本台帳及び市税の納付状況等について、公簿等により確認することに同意します。	
申請回数	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 2回目	
2回目の申請の方は、該当する□に✓を記入してください。	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	
補助対象経費	円	
交付申請（請求）額	円	

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店
	預金種別	普通・当座	店番号
	口座番号	※ゆうちょ銀行の場合は、記号及び番号を記入してください。	
	（フリガナ）		
	口座名義		

添付書類

- 1 領収書（申請者の氏名、器具の種類及び事業所等の住所が記載されたもの）
- 2 同意書（様式第2号）（建物が申請者の所有でない場合）
- 3 本人確認書類等の写し又は身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳若しくは療育手帳の写し（申請が2回目の場合）