

家具等転倒防止器具取付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 東 海 市 長

申請者 (本人)

住 所

氏 名

下記のとおり、家具等転倒防止器具取付けを申込みます。

記

氏 名		生 年 月 日		年	月	日
住 所	申請者と同じ・東海市					
電 話 番 号		取 付 場 所	寝 室			
取 付 家 具		洋 服 ダ ン ス	棹		和 ダ ン ス	棹
		整 理 ダ ン ス	棹		茶 ダ ン ス	棹
		そ の 他 ()	棹	該当する家具の横に○を付けて、 数量を記入してください。 合計2棹まで		
家具等転倒防止器具を取付けるに伴い生じた損害等については、東海市 には一切の責任は問いません。						

*以下は借家の方のみご記入下さい。(家屋の所有者の方が署名してください。)

家具等転倒防止器具を取付けることについて、家屋の所有者として承諾 いたします。	
住 所	氏 名

<問い合わせ先> 東海市市民福祉部高齢者支援課 (東海市しあわせ村内)

〒476-0003 愛知県東海市荒尾町西廻間2番地の1

電話 052-689-1600