

岩沼市家具転倒防止等作業申込書

令和 年 月 日

岩沼市長 殿

(申込者) 郵便番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

岩沼市家具転倒防止等推進事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記住宅について家具転倒防止等作業を申し込みます。

所在地	岩沼市		
住宅の所有状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家（借家の場合は所有者の承諾が必要です。） ※所有地の家屋内に家具転倒防止器具等の取付けを承諾します。 (所有者) 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 電話番号 () _____		
構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造		
希望作業個数	家具転倒防止金具 _____個（5個まで） ガラス飛散防止フィルム _____枚（10枚まで）		
世帯構成	<input type="checkbox"/> 満65歳以上の者のみで構成される世帯 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者のみで構成される世帯 <input type="checkbox"/> 満65歳以上の者及び身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者のみで構成される世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()		
添付書類	<input type="checkbox"/> 家族調書 <input type="checkbox"/> 地方税納税状況の確認承諾書 <input type="checkbox"/> 各種手帳のコピー <input type="checkbox"/> その他 ()		
調査や作業を避けてほしい曜日	<input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜		
調査や作業を避けてほしい時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		
整理番号	—	審査欄	

※整理番号及び調査欄への記入は不要です。