様式第２号（第６条関係）

埼玉県家具固定サポーターによる家具転倒防止器具設置証明書

　　平成　　年　　月　　日

登録業者　所　在

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

下記の業務は、埼玉県家具固定サポーター登録業者である当社が実施したことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者氏名（世帯主） |  |
| 業務内容 | 地震対策を目的とした家具転倒防止器具の設置 |
| 設置費用（税込） | 　　　　　　　　　　円 |
| 設置日 | 平成　　年　　月　　日 |

※この証明書は、「埼玉県家具固定サポーター登録制度を活用した小川町家具転倒防止器具設置助成金支給申請」の添付書類として必要ですので、申請を予定する方は、大切に保管してください。