

様式第1号（第6条関係）

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書

平成 年 月 日

小川町長 あて

申請者（世帯主）住 所

氏 名

印

電話番号

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要綱第6条の規定により申請します。

申 請 額	金 円		
	※設置費用（税込）の2分の1で100円未満の金額は切捨てる。ただし、申請額が4,000円を超える場合は、4,000円を限度額とする。（要綱第4条）		
設置を依頼した埼玉県家具固定サポーター登録業者の名称			
上記金額を下記の口座へ振り込んでください。（申請者名義の口座）			
金融機関名		預金種別	口座番号
信用金庫・信用組合	本店	普通	
銀行・農業協同組合	支店	当座	
フリガナ			
口座名義			

※添付書類

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（様式第2号）