

様式第1号（第5条関係）

小川町家具転倒防止器具購入補助金交付申請書

年　月　日

小川町長 宛て

(申請者・世帯主)

住 所

氏 名

印

電話番号

小川町家具転倒防止器具購入補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

1. 補助対象経費

家具転倒防止器具等の種類	数量	金額（税込）
天井等に取付けるポール式器具	個	円
床との間に挟み込むストッパー・マット式器具	個	円
ガラスの飛散を防止するフィルム	個	円
扉の開閉防止器具	個	円
柱、壁、天井等に取付けるL字型金具及びベルト・チェーン式器具	個	円
その他（ ）	個	円
合計	個	円

2. 補助金申請額                 円

※補助対象経費合計額の1／2以内とします。

※100円未満の端数は切捨て、5,000円を限度額とします。

3. 建物所有区分（該当する事項に☑を入れてください。）

- 自己の所有又は、同一世帯の者の所有
- 賃貸 ※所有者の承諾書が必要です。

4. 補助対象者の世帯区分（該当する事項に☑を入れてください。）

- 65歳以上のひとり暮らしの世帯
- 65歳以上の者のみの世帯
- 障害者手帳の交付を受けている者がいる世帯

5. 確認事項

次の事項を確認のうえ、□に☑を記入してください。☑がない場合は、交付決定ができません。（第3条関係）

□小川町内に住所を有する者であり、かつ、補助対象となる世帯区分であることを小川町が自らの管理する公簿等で確認することについて、承諾します。

6 添付書類

- (1) 仕様書及び見積書の写し
- (2) 申請者の所有でない住宅に柱、壁等に釘、ねじ等を使用するときは、所有又は管理者の承諾書