

和光市長 様

和光市減災用品支給事業実施要綱第5条の規定に基づき、減災用品の支給を受けたいので次のとおり申請します。

なお、申請内容の審査のため、市が住民基本台帳情報、介護保険情報等を確認することに同意します。

申請者	住所				
	ふりがな		連絡先	()	
	氏名		※日中連絡が取れる番号を記入してください。		
申請者世帯の状況	<input type="checkbox"/> 65歳以上の者のみで構成される世帯 <input type="checkbox"/> 要介護認定2以上の認定を受けている者を有する世帯 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級又は2級の交付を受けている者を有する世帯 <input type="checkbox"/> 療育手帳㊦、A又はBの交付を受けている者を有する世帯 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級の交付を受けている者を有する世帯 <input type="checkbox"/> 難病患者を有する世帯（病名 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
家屋の種類	所有状況	<input type="checkbox"/> 一戸建（自己所有） <input type="checkbox"/> 一戸建（自己所有以外） <input type="checkbox"/> 分譲マンション <input type="checkbox"/> 賃貸マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	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 <input type="checkbox"/> 不明・その他（ ）			
同居家族の状況（3名以上の場合は別紙）	氏名	生年月日	続柄	備考	
支給を希望する減災用品			点数	数量	点数小計
1	鋼鉄製ツッパリ棒（2本組）	家具と天井間 25～35、35～50、50～80cm	45		
2	鉄製ツッパリ棒（2本組）	家具と天井間 40～60、50～80、60～100cm	20		
3	鉄製ツッパリ棒（2本組）	家具と天井間 13～23、23～30、30～40cm	15		
4	L型家具転倒防止器具	木製家具	15		
5	ベルト式耐震金具	木製家具	15		
6	粘着性耐震ゴム	テレビ・OA 機器用	20		
合計（支給は家具等4台まで、かつ、合計点数100点以下とする）					
7	感震ブレーカー	ブレーカー	—	1	—
設置予定家具等（4台まで）	たんす	棹 書棚	台		
	食器棚	台	その他（ ）	台	

※ 以下は記入しないでください。

受付年月日	受付No.	担当者	特記事項
年 月 日			
年 月 日			