



徳島市家具転倒防止家具等固定申請書

令和 年 月 日

徳島市長 様

徳島市家具転倒防止対策推進事業の家具等の固定について、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな			受付番号(市で記入)		
	氏名			電話番号	( )	-
	住所	〒 徳島市				
対象となる世帯員※	ふりがな		申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外( )		
	氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)		
	手帳種別 等級及び 手帳番号	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 身体障害者等級表による等級		級( 県第 号)		
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 障害の程度(総合判定)		級( 県第 号)			
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 障害等級		級( 県第 号)			
家屋状況等	家屋の区分		<input type="checkbox"/> 持ち家( <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 分譲マンション) <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 一戸建借家 <input type="checkbox"/> その他( ) ※申請者世帯の所有でない家屋の場合(借家等)は、裏面の所有者等の承諾書が必要です。			
	固定する家具等 (3個まで)	場所	<input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> その他( )			
		種類及び数量	和ダンス( ) 洋服ダンス( ) 食器棚( ) テレビ( ) 冷蔵庫( ) その他( )			
取付業者	器具の取り付けを依頼する業者にし点を入れてください。 <input type="checkbox"/> 公益社団法人徳島市シルバー人材センター <input type="checkbox"/> 全徳島建設労働組合(フレッセ) <input type="checkbox"/> 徳島県建設労働組合(とくしま建労) <input type="checkbox"/> 徳島県室内装飾事業協同組合					

※ 対象となる世帯員には、世帯員(申請者を含む)のうち高齢者又は障害者の方お一人をご記入ください。

### 徳島市家具転倒防止家具等固定申請に関する確約書

- 1 徳島市が、申請者の住所、世帯構成、年齢及び障害の程度を確認する場合、市に備え付けられている台帳等の閲覧を行うこと。
- 2 器具取り付け完了の承諾後、家具等の破損等による損害賠償請求を行わないこと。
- 3 家具等固定後、家具等の移動等による器具取り外し等を取付業者に依頼する場合は、当事者間において行うこと。
- 4 この事業により派遣された取付業者に3個を超える家具等の固定を依頼する場合は、当事者間において行うこと。
- 5 家具等固定後、地震等の災害で家具等が転倒し負傷又は死亡した場合において、徳島市及び家具等固定を行った事業者は損害責任を負わないこと。
- 6 自己又は同居している者以外が所有する建物に器具を取り付ける場合、事前に建物の所有者又は管理者の承諾を得ること。
- 7 申請者の氏名、住所及び電話番号を取付業者に情報提供すること。

私は徳島市家具転倒防止家具等固定申請を行うにあたり、上記の条件を承諾することを確約します。

令和 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記の署名が代筆の場合、代筆者の住所氏名等を記入してください。

住 所 申請者の住所と同じ 申請者の住所以外の住所（住所を記入してください。）

〒 -

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

【備考欄】

申請者又は世帯員以外が所有する建物に器具を取り付ける場合に提出してください。（市営住宅は別途）

### 徳島市家具転倒防止家具等固定申請に関する家屋所有者等の承諾書

この申請により、家具転倒防止器具等を家屋に取り付けることに同意します。

令和 年 月 日

家屋所有者（管理者）

住 所 〒 -

氏 名 \_\_\_\_\_