

## 新潟市家具転倒防止補助事業補助金交付申請書

（宛先）新潟市長

申請者は実際に住宅の  
居住している方で  
なければいけません。申請者 〒 〇〇〇-××××  
住所 新潟市△△区〇〇町××番地□□号  
氏名 新潟 太郎  
連絡先電話番号 〇〇〇-×××-△△△△

新潟市家具転倒防止補助事業補助金交付要綱に基づく補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請住宅等 所在地	新潟市 (申請者住所と異なる場合のみご記入ください。)	
申請者（実際に住宅の居住している方）と所有者が同じ場合は必要ありません。	補助事業の対象となる住宅等は下記の全てに該当するものです。条件を満たす場合は□にレを入れ、該当する項目に○又は必要事項をご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 下記のいずれかに該当する住宅等である ○ 自己所有の住宅等である ・ 賃貸の住宅等である（住宅等の所有者の同意書が必要） <input checked="" type="checkbox"/> 下記のいずれかに該当する世帯である（確認できる書類が必要） ○ 高齢者（満65歳以上）のみの世帯 ・ 要介護認定又は要支援認定を受けた者が同居する世帯 ・ 身体障害者手帳1級又は2級の交付を受けた者が同居する世帯 ・ 市長が定めるところの療育手帳Aの交付を受けた者が同居する世帯	
申請住宅等		
対象家具の台数 及び 交付申請額	登録事業者へ 依頼する場合 (3か所まで)	以下のうち該当する項目を○で囲み、対象家具台数、交付申請額を記入してください。 ・ 対象家具台数 1か所 交付申請額 〇〇,〇〇〇 円 ・ 対象家具台数 2か所 交付申請額 〇〇,〇〇〇 円 ・ 対象家具台数 3か所 交付申請額 〇〇,〇〇〇 円 登録事業者名: _____
	上記以外の業者 へ依頼する場合	対象家具台数 _____ △ か所 補助対象工事費 _____ 〇〇, 〇〇〇 円（見積書が必要） 交付申請額 _____ △, △△△ 円（上限額は上欄の額）
事業実施期間 (予定)	補助金交付決定日 ~ 令和□年××月〇〇日	
確認事項	次の事項を確認のうえ、□に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。（ <input checked="" type="checkbox"/> がない場合は、交付決定ができません。） <input checked="" type="checkbox"/> 本人及びその世帯に暴力団員又は暴力団等と関係を有する者はいません。また、必要に応じて、市が警察に照会する場合は、別途必要な書類の提出を行います。	
注意	確認の上、□に✓を記入して下さい。 は申請者があらかじめ、所定の位置に移動しておいてください。 地震発生時の家具の転倒防止を完全に保証するものではありません。 ※登録事業者へ工事を依頼する場合でも申請者が工事依頼を行ってください。	

次のいずれかの書類が必要です。  
1.世帯全員分の住民票の写し  
2.介護保険被保険者証の写し  
3.身体障害者手帳の写し  
4.療育手帳の写し  
なお、2～4の場合、申請住宅に  
居住していることが分かる書類を  
添付してください。

添付書類（対象家具の合計が3台以内の工事を登録事業者依頼しようとする場合は、（3）及び（4）を除く。）

- （1）補助対象世帯であることが確認できる書類（2）住宅等の所有者の同意書（別記様式第2号）  
（3）家具転倒防止工事に係る費用の見積書の写し（金物の仕様及び数量等を明示したもの）  
（4）対象家具の写真（5）その他市長が必要と認める書類