

家具等転倒防止器具取り付け申込書

年 月 日

知 多 市 長 様

申 込 者（利用者本人）

住 所 知多市

氏 名

生年月日 年 月 日

電 話 - -

裏面の転倒防止器具取り付けの条件に同意のうえ、次のとおり、家具等転倒防止器具の取り付けを申込みます。

1 転倒防止対策を希望する家具等の名称及び設置場所（3つまで）

家具等の名称	家具等の設置場所(部屋名)

2 誓約事項

誓 約 事 項	署 名
家具転倒防止対策の実施に伴い、壁等に釘、ネジを使用することを承認します。	

※申込者が居住する家屋が借家の場合に、家屋所有者の方が署名してください。

3 地区担当民生委員署名

担当民生委員		電話番号	
--------	--	------	--

※民生委員さんは、本申込みについて承知し、必要に応じて調査・施工に立ち会ってください。

(裏面)

【転倒防止器具取り付けの条件】

- 1 この事業は、ご自身で転倒防止器具の取り付けを行うことができない方になり代わってボランティアの方が取り付けを行うものです。精密な施工をご希望の方は、工務店に取り付けをご依頼ください。
- 2 転倒防止器具の取り付けを行う家屋が借家の場合は、事前に所有者の承諾が必要です。
- 3 転倒防止器具を取り付ける壁面や家具等の補強は、この事業では行いません。
- 4 転倒防止器具取り付け後の家具等の移動、取り付け位置の変更または撤去は行いません。
- 5 転倒防止器具取り付けによる家具等や家屋の損傷に対する損害賠償は行いません。