

令和5年 月 日

伊賀市長 岡本 栄 様

申請者住所
氏名
電話番号

伊賀市災害時要援護者宅家具固定事業申込書

伊賀市災害時要援護者宅家具固定事業を下記のとおり申し込みます。

なお、伊賀市災害時要援護者宅家具固定事業実施要綱に定める対象者であることを確認するために、市が住民基本台帳、障害者手帳等（身体・療育）及び市税の納付状況について、照合を行うことに同意します。

記

1 世帯員 (申請者含む) 氏名はそれぞれ 自署してください。	氏 名	生年月日	手帳の種類及び等級・家具固定が困難な理由等
2 家屋の所在地	伊賀市		
3 家屋の種類	持ち家 ・ 借家 ・ アパート		
4 家主等の承諾	上記の申請により、家屋内の家具転倒防止金具等により家具を家屋（柱・壁・床等）に固定することを承諾します。 令和5年 月 日 所有者 住所 氏名 印		
5 同意事項	1 転倒防止器具等を取付けられた家具及び家屋の損害賠償を請求しません。 2 家具の移転、引越し等での転倒防止金具等の取り外しは自己の責任で行います。 3 災害時に転倒事故、被害が生じても、市長に損害責任を問いません。		

※添付書類

- (1) 対象者であることを証明できる書類（障害者手帳等の写し）
- (2) その他、市長が必要と認める書類

伊賀市家具固定事業申込書別紙調査票

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

<p>1. 事前確認日時 (1時間程度)</p>	<p>9月1日～9月15日の間(平日)でご記入ください</p> <p>第1希望日時 月 日 時頃</p> <p>第2希望日時 月 日 時頃</p> <p>第3希望日時 月 日 時頃</p> <p>※訪問日時を事前に連絡しますので立会いをお願いします ※施工前の調査のため写真撮影等実施します ※伊賀市職員がうかがいます</p>
<p>2. 実施希望日</p>	<p>令和5年 10月8日・15日・どちらでも良い</p> <p>希望日に○をつけてください</p>
<p>3. 連絡先等</p>	<p>(申請者以外で連絡先がある場合のみ記入してください)</p> <p>氏 名 _____</p> <p>電話番号 _____</p>
<p>4. 固定希望の家具</p>	<p>1 場所 _____ 家具の種類 _____</p> <p>2 場所 _____ 家具の種類 _____</p> <p>3 場所 _____ 家具の種類 _____</p> <p>記入例) 場所 台所・居間・寝室等 家具の種類 タンス・食器棚等</p>
<p>5. その他の事項</p>	<p>連絡事項、気にかかることなど記入ください。</p>

※ 注意事項

- 1) 当日、家具の周囲は、作業が行いやすいよう整理整頓をお願いします。
- 2) 調査等の日時は別途調整する場合があります。
- 3) 日中連絡できる方の、連絡先をお願いします。