令和６年度

（取付希望用）

家具転倒防止器具等助成兼取付申請書

（宛先）　　年　　月　　日

港区長

港区家具転倒防止対策促進事業実施要綱に基づき、家具転倒防止器具等の助成及び取付けを下記のとおり申請します。

なお、資格審査に伴い住民基本台帳等により私の住民記録の確認をすること、及び配送、取付けに当たり、事業者に私の住所、氏名等の情報を提供することを承認します。

住所	〒 港区 ＊マンション名等がある場合は正確にお書きください。　●連絡先　（　　）
フリガナ	
氏名 （世帯主）	●生年月日　大 昭 平　　年　　月　　日生 ＊妊産婦を含む世帯・ひとり親家庭の方は生年月日の記入は必要ありません。
世帯状況	**住民基本台帳等の住民記録上での世帯状況について、当てはまる方に〇を付けてください。** ①ひとり又は２人世帯　　②3 人以上世帯

＊自力で器具等の取付けが困難な理由やお住まいの住宅の種別について、ご記入ください。

該当項目に〇をつけてください。

1　満 65 歳以上の者のみで構成されている

2　要介護認定（要介護３以上）を受けている

3　身体障害者、愛の手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている

4　難病医療費助成を受けている

5　母子健康手帳を交付された妊産婦又は出産した月から１年後の月の前月末日までの産婦である

6　母子又は父子のひとり親である

【器具等の取付けが困難な理由】　例　肩が痛くて高いところに手が届かないなど

該当者氏名（申請者との関係）	住宅の種別（該当項目に〇をつけてください。）
（　　）	1　自己所有　　2　賃貸住宅

・賃貸住宅にお住まいの世帯で、壁や建物に木ネジ等で直接固定する器具等（タンスガードⅡ）の取付支援を受ける場合は、家主又は住宅管理者の承諾を得てください。

〈　家具転倒防止器具取付承諾書　〉　　年　　月　　日

上記申請世帯が、家具転倒防止器具を取り付けることを承諾します。

管理者住所

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

・必要な器具を選び、数量等をご記入ください。
（世帯状況によって申請できるポイントが異なります。）

ひとり又は２人世帯・・・150ポイントまで　　３人以上世帯・・・195ポイントまで

・家具等の状況によっては、取付けができない場合もありますので、十分確認のうえで申請してください。（家具から天井までの高さにご注意ください。）

※希望器具をご記入いただいた場合でも、取付業者が確認のため調査を行います。

※どの器具を選んだらよいか分からない場合は、調査の際に取付可能な器具を選定するため、空欄のままで構いません。

器　具　名			品番	ポイント	数量	ポイント計
家具転倒防止ベルト〈ビヨンタ〉（２本１組）			7341	27		
ふんばりくんＺ（２本組）	家具から天井までの高さ 10～20cm		7098	88		
ﾏｸﾞﾆﾁｭｰﾄﾞ７ ML-35（２本組）	家具から天井までの高さ 25～35cm	茶	7930	63		
		ｱｲﾎﾞﾘｰ	7920	63		
ﾏｸﾞﾆﾁｭｰﾄﾞ７ ML-50（２本組）	家具から天井までの高さ 35～50cm	茶	7931	63		
		ｱｲﾎﾞﾘｰ	7921	63		
ﾏｸﾞﾆﾁｭｰﾄﾞ７ ML-80（２本組）	家具から天井までの高さ 50～80cm	茶	7932	63		
		ｱｲﾎﾞﾘｰ	7922	63		
ｽｰﾊﾟｰ不動王ﾎｰﾙﾄﾞ（２個１組）			7425	51		
家具転倒防止板〈ふんばる君〉（２本１組）			7050	17		
ﾀﾝｽｶﾞｰﾄﾞⅡ（２本組）			7045	14		
とびらﾛｯｸ（２組入り）			7039	11		
粘着耐震ｺﾞﾑ〈G-BLOXｹﾞﾙ〉（４枚入り）			7328	22		
OA機器用耐震固定ﾊﾞﾝﾄﾞ〈ﾘﾝｸｽﾄｯﾊﾟｰ〉（２本１組）			7345	16		
ｶﾞﾗｽ飛散防止ﾌｨﾙﾑ〈平面ｶﾞﾗｽ用〉（92×185cm）			7037	29		
ポイント合計						

区処理欄（以下は記入しないでください。）

整理番号	受　付　年　月　日	記入欄	住基有無	特記事項	担当
	年　　月　　日	総合支所			
	年　　月　　日	防災課			