

室蘭市社会福祉協議会
自動消火器・火災警報器設置助成申請書

申請者	住所	室蘭市 町 丁目 番 号				
	ふりがな					
	氏名	(印)				
	電話		FAX		対象者との関係	
対象者	対象者区分	<input type="checkbox"/> ねたきり高齢者・ <input type="checkbox"/> 虚弱単身高齢者 <input type="checkbox"/> 重度身体障害者(児)		介護認定区分	要介護() 体幹()	
				身障害程度等級	下肢()・視覚()・聴覚()	
	住所	室蘭市 町 丁目 番 号				
	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
	氏名					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生		年齢	歳	
住宅の状況		<input type="checkbox"/> 持家一戸建= <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> コンクリート他 階建、 <input type="checkbox"/> 借家一戸建・ <input type="checkbox"/> アパート= <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> コンクリート他 階建				
火気使用状況		<input type="checkbox"/> 都市ガス・ <input type="checkbox"/> プロパンガス・ <input type="checkbox"/> 石油ストーブ・ <input type="checkbox"/> 湯沸器・ <input type="checkbox"/> ()				
助成希望		<input type="checkbox"/> 自動消火器1台 ・ <input type="checkbox"/> 火災警報器1台				
設置希望場所		*自動消火器 <input type="checkbox"/> 居間・ <input type="checkbox"/> 台所 *火災警報器 <input type="checkbox"/> 居間・ <input type="checkbox"/> 台所・ <input type="checkbox"/> 寝室				
世帯構成状況	氏名	続柄	本対象者以外にも火災時に避難が困難の方がおれば、その状況をお書き下さい。			
申請理由・緊急連絡先等						

*自動消火器・火災警報器設置後、最寄の消防署から定期的に査察が行われることに同意します。 対象者名 _____ (印)

◇申請する時は、介護保険被保険証、身体障害者手帳の写し1部が必要です。