

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				
	よみがな					
	氏名					
	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			介護認定 要介護 ()	
		<input type="checkbox"/> 重度身体障害者 (児)		障害程度等級 体幹 ()・下肢 ()・視覚 ()・聴覚 ()		
	住所	室蘭市 町 丁目 番 号				
	よみがな					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"/> 戸建 (<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> コンクリート他) 階建 <input type="checkbox"/> アパート (<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> コンクリート) 階建					
火気使用状況	<input type="checkbox"/> ガスコンロ <input type="checkbox"/> ストーブ <input type="checkbox"/> 給湯器 <input type="checkbox"/> その他 ()					
希望機器	<input type="checkbox"/> 自動消火器 (1台) <input type="checkbox"/> 火災警報器 (1台)					
設置場所	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					
世帯状況	氏名	続柄	同居者で火災時に避難が困難の方がいれば、その状況を記入してください。			
申請理由・緊急連絡先等						

※添付書類：介護保険被保険証のコピー、または身体障害者手帳のコピー