

## — 余市町転倒防止融雪マット配付事業について —

町は、今年度冬期間の外出支援及び社会参加の促進を図ることを目的として、余市町転倒防止融雪マット配付事業を実施します。

試行的に実施する事業であるため、今年度限りの実施を予定しています。

### ◎ 事業内容

玄関及び外階段に転倒防止融雪マットを設置し、マットを踏むことで積雪等による凍結を防ぎ、外出支援を行います。

※電気等を使用し、雪や氷を解かすマットではありません。

※1世帯あたりの上限が決まっているため、外階段の段数が多い場合は全ての階段に設置することが難しい場合があります。

### ◎ 対象世帯

余市町住民基本台帳に登録されている、市町村民税非課税世帯であり、以下のいずれかに該当する世帯

- ・70歳以上の高齢者が属する世帯
- ・身体障害者手帳の級別が1級又は2級の方が属する世帯

### ◎ 申込方法

余市町社会福祉協議会又は役場（民生部福祉課）へお申し込みください。

※申請を受理した後、住民税や住民基本台帳の調査や、玄関及び外階段等の現地調査を行います。

※申請後、承認された場合は、購入したマットをお届けします。

### ◎ 申込期間

令和4年10月17日 ～ 令和4年12月20日までに

余市町社会福祉協議会又は役場（民生部福祉課）へ申請してください。

◆ご不明な点は、下記へお問い合わせください。

余市町社会福祉協議会（TEL 22-3156）余市町入舟町400番地

余市町役場民生部福祉課（TEL 21-2120）余市町朝日町26番地

申請をご希望の場合は、裏面の申請書をお使いください。  
申込が上限に達した場合には、配付事業は終了となります。

余市町転倒防止融雪マット配付事業利用申請書

年 月 日

余市町長 様

申請者 住所 余市町 町 丁目 番地

氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり、転倒防止融雪マット等の助成を申請します。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日生
世帯主 氏名			
住所	余市町 町 丁目 番地		
年齢	歳	電話番号	— —
対象者	① 70歳以上の高齢者の属する世帯。		
	② 身体障害者手帳における障害の級別が、1級又は2級の交付を受けているものが属する世帯。（種 級）		

同意書

余市町転倒防止融雪マット配付事業等要件の決定のため必要があるときは、私と私の同居する家族の住民税の課税状況につき、余市町長が税務関係部局に報告を求めることや申請者の居住実態や、自宅の玄関及び外階段の調査を行うことに同意します。

年 月 日 住所 余市町 町 丁目 番地

申請者 \_\_\_\_\_

調査時記入欄

対象者判定	適 ・ 否	居住実態	適 ・ 否
玄関及び外階段			
決定区分	承 認 ・ 不 承 認		