

補装具費(購入・借受け・修理)支給申請書

枝 幸 町 長 様

年 月 日

(申請者) 住 所
氏 名 ⑩
対象者との続柄 ()
電 話

下記のとおり補装具費の支給申請(購入・借受け・修理)します。
補装具費の支給申請(購入・借受け・修理)の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対 象 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏 名	個人番号:	男・女	年 月 日
	住 所	〒 電話番号		
身 体 障 害 者 手 帳 障 害 名	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
	障害種別		障害等級	
購 入 ・ 借 受 け ・ 修 理 を 受 け る 補 装 具 名				
疾 患 名		(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)		
判 定 予 定 日		年 月 日		
希 望 す る 補 装 具 業 者	名 称			
	所在地	〒 電話番号 FAX番号		
該 当 す る 所 得 区 分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上		
生 活 保 護 等 へ の 移 行 予 防 措 置 に 関 す る 認 定		<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による被支援者への移行予防措置(定率負担減免措置)を申請します。		
補 装 具 業 者 へ の 支 給 決 定 に 事 項 に 係 る 通 知		<input type="checkbox"/> 補装具業者に支給決定事項が通知されることに同意します。		