

補 装 具 費 (購 入 ・ 修 理) 支 給 申 請 書

申請日 年 月 日

(あて先) 羽島市社会福祉事務所長

(申請者) 住 所

氏 名



対象者との続柄

電 話 () -

下記のとおり補装具費(購入・修理)の支給申請をいたします。
 補装具費(購入・修理)の支給申請の決定のため、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。
 また、補装具事業者に対し支給決定の有無について通知することを承諾します。

対 象 者	住 所						
	フリガナ						
	氏 名						
	生 年 月 日	年	月	日	性 別	男 ・ 女	電 話 () -
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	
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)						
購入・修理を受ける 補 装 具 名							
判 定 予 定 日							
希 望 す る 補 装 具 業 者	名 称						
	所在地						
	電 話	() -	FAX	() -			
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一 般 ・ 一定所得以上						
世帯範囲の特例に 関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみを世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。						
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。						

(注意) 「 購 入 、 修 理 」は該当文字を○で囲むこと。