

補装具費(購入・修理)支給申請書

申請日 令和 年 月 日										
(あて先)穴水町長 様				(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・修理)をいたします。 補装具費の支給申請(購入・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	住 所									
	フリガナ 氏 名				配偶者	有・無	配偶者 の氏名			
	個人番号									
	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	種 級		
	障 害 名									
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								

下記については該当する方のみご記入ください。

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(定率負担をすることにより生活保護の対象となる場合に、生活保護の対象とならない額までの定率負担の上限額を引き下げること。)を申請します。
-----------------------------	---

* 該当する場合は、福祉事務所長が発行する境界層対象者証明書を添付してください。

* 障害年金等を受給されている方は、その等級・支給額がわかる書類を添付してください。