

補装具費(購入・借受け・修理)申請書

申請日						年	月	日
小城市福祉事務所長 様 (申請者) 住 所 氏 名 ㊟ 個人番号 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)をいたします。 補装具費の支給申請(購入・借受け・修理)の決定に必要な住民登録資料、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		(個人番号)					
	生 年 月 日	年	月	日	性別	男・女	電話	
身体障害者手帳		手帳番号	第 号		交付年月日		年 月 日	
		障害種別	種		障害等級		級	
障 害 名								
疾 病 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病名を記載すること)						
購入・借受け・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							
	電話番号				FAX番号			
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得1 ・ 低所得2 ・ 一般 ・ 一定所得以上						
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。						
備 考								

*補装具費見積書及び医師による意見書を添付すること。