補装具費（購入・修理）支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　　年　　月　　日いの町長　様（保護者）住　所氏 名　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

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 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 購入・修理を受ける補装具名 |  |
| 希望する補装具業者 |  |
| 生活保護への移行予防措置に関する認定 | □　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 |
| 町記入欄（聞き取り又は確認後記入のこと。） |
| 身体障害者手帳番号 | 手帳番号 | 第　　　　号 | 障害等級 | 　　　　種　　　　級 |
| 交付日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 障害名又は難病疾患名 |  |
| 特定疾患医療受給者証 | 　無　・　受給者証番号（　　　　　　　　　　） |
| 施設入所等の有無 | 　在宅　・　入院中　・　施設名(　　　　　　　　　　) |
| 該当する所得区分 | 生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上 |