

補装具費(購入・修理)支給申請書

|  |             |  |     |       |       |
|--|-------------|--|-----|-------|-------|
| 申請日 年 月 日  |             |  |     |       |       |
| 遠軽町長 佐々木 修一 様  |             |  |     |       |       |
| (申請者)  |             |  |     |       |       |
| 住 所  |             |  |     |       |       |
| 氏 名  |             |  |     |       |       |
| 印  |             |  |     |       |       |
| 対象者との続柄  |             |  |     |       |       |
| 電 話  |             |  |     |       |       |
| <p>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。</p> <p>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。</p> |             |  |     |       |       |
| 対象者  | 住 所         |  |     |       |       |
|  | フリガナ<br>氏 名 |  |     |       |       |
|  | 生年月日        | 年 月 日  | 性 別 | 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   |     |       | 障害等級  |
| 障 害 名  |             |  |     |       |       |
| 購入・修理を受ける<br>補装具名  |             |  |     |       |       |
| 判定予定日  |             |  |     |       |       |
| 希望する補<br>装具業者  | 名 称         |  |     |       |       |
|  | 所在地         |  |     |       |       |
|  | 電 話         |  |     | F A X |       |
| 該当する所得区分   |             | 生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上   |     |       |       |
| 負担上限額に関する<br>認定  |             | <p>下記の区分の適用を申請します。</p> <p>(当てはまるものに つける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)</p> <p>1. 生活保護受給世帯</p> <p>2. 市町村民税非課税世帯</p> |     |       |       |
| 生活保護への移行予<br>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。  |     |       |       |