

補装具費(購入・修理)支給申請書

申請日 年 月 日

鳥栖市長 様

次のとおり補装具費の支給(購入・修理)を受けたいので、申請します。

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、税務資料その他の資料について、各関係機関に調査、照会及び閲覧を行うことを承諾します。

|                    |  |     |         |       |       |      |      |
|--------------------|--|-----|---------|-------|-------|------|------|
| 申請者                | 居住地  |     |         |       |       |      |      |
|                    | フリガナ氏名   | 印   |         |       |       |      |      |
|                    | 電話番号   |     | 対象者との続柄 |       |       |      |      |
| 対象者                | 居住地  |     |         |       |       |      |      |
|                    | フリガナ氏名   |     |         |       |       |      |      |
|                    | 生年月日   | 年   | 月       | 日     | 性別    |      | 電話番号 |
| 身体障害者手帳及び障害名       | 手帳番号   | 第 号 |         | 交付年月日 | 年 月 日 |      |      |
|                    | 障害種別   |     |         |       |       | 障害等級 |      |
|                    |  |     |         |       |       |      |      |
| 購入・修理を受ける補装具名      |  |     |         |       |       |      |      |
| 希望する補装具業者          | 名称   |     |         |       |       |      |      |
|                    | 所在地  |     |         |       |       |      |      |
|                    | 電話番号   |     |         |       | F A X |      |      |
| 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。 |     |         |       |       |      |      |

現状 在宅・施設入所中・入院中 ( )

職業 無・有 ( )