

## 補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

零石町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

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・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<br>象<br>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<br>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  |  |
|                         |             |  |       |  |       |  |
| 疾 患 名                   |             |  |       |  |       |  |
| 購入・修理を受ける<br>補装具名       |             |  |       |  |       |  |
| 判定予定日                   |             |  |       |  |       |  |
| 希 望 す る<br>補 装 具 業<br>者 | 名 称         |  |       |  |       |  |
|                         | 所在地         |  |       |  |       |  |
|                         | 電 話         |  | FAX   |  |       |  |
| 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<br>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。 |       |  |       |  |