

補装具費支給申請書

(宛先) 旭 川 市 長

年 月 日

補装具費（購入・借受け・修理）の支給を受けたいので、次のとおり申請します。
補装具費の支給申請の決定のため、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、照会又は閲覧することを承諾します。

				申請区分	新規・再購入・借受け・修理		
申請者	ふりがな			生年月日	年 月 日		
	氏 名	(個人番号)					
	居 住 地	電話番号					
ふりがな				生年月日	年 月 日		
申請に係る 障害児氏名				個人番号			
				続 柄			
身体障害者 手帳の内容	番 号	第 号 等級 第 種 級					
	交付年月日	年 月 日交付 (年 月 日交付申請・変更申請)					
	障害名						
疾 患 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患名を記載のこと)					
購入・借受け・修理を受ける補装具名							
希望する 補 装 具 業 者	名 称						
	所在地						
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般					
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措置（定率負担減免措置）を申請します。					
補装具業者への支給決定事項に係る通知		☐ 補装具業者に支給決定事項が通知されることに同意します。					
世帯員の状況	氏 名	続 柄	生年月日	市 民 税 の 課 税 状 況		収入額	
				課税区分	所得割額		
				課・非			
				課・非			
				課・非			
				課・非			
				課・非			
所得区分及び負担上限月額		区分 ()	見積額	利用者負担額			
特記事項							
前回交付						確認担当者	

(注) 1 太線の事項について、記入してください。
2 「該当する所得区分」欄は、該当する項目を○で囲んでください。