

補装具費（購入・修理・貸与）支給申請書

年 月 日

大竹市長様

(申請者)

住所

氏名

印

個人番号

電話番号

(対象者との続柄)

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の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、年金受給状況等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	フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
	住所				電話番号		
	手帳番号	市 第 号	交付年月日	年 月 日	交付		
	障害種別				等級	級	
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)						
補装具名							
希望業者名					電話番号		
判定予定日							
該当する所得区分	生活保護 ・ 市民税非課税世帯 ・ 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。						
世帯構成員氏名	続柄	生年月日	生活保護適用の有無	年度市町村民税額		身障者その他の別	備考
				均等割	所得割		
1 個人番号	世帯主		有・無			身・その他	
2 個人番号			有・無			身・その他	
3 個人番号			有・無			身・その他	
4 個人番号			有・無			身・その他	
5 個人番号			有・無			身・その他	

添付書類

生活保護を受けている世帯の方	生活保護受給世帯であることの証明書
----------------	-------------------