

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

|                                                                                   |      |                                                      |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------|---|---|-------|-----|---|----|---|---|---|--|
| 津 市 長 様                                                                           |      | 申請日                                                  |   | 年 |       | 月   |   | 日  |   |   |   |  |
|                                                                                   |      | (申請者) 住 所                                            |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
|                                                                                   |      | 氏 名                                                  |   |   |       |     |   | ㊞  |   |   |   |  |
|                                                                                   |      | 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・借受け・修理）をします。                                                  |      |                                                      |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
| 対<br>象<br>者                                                                       | 住 所  | 〒                                                    |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
|                                                                                   | フリガナ |                                                      |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
|                                                                                   | 氏 名  | 個人番号：                                                |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
|                                                                                   | 生年月日 | 年                                                    |   | 月 |       | 日   |   | 電話 |   |   |   |  |
| 身体障害者手帳<br>障 害 名                                                                  |      | 手帳番号                                                 | 第 |   |       |     |   |    |   | 号 |   |  |
|                                                                                   |      | 障害等級                                                 |   |   | 交付年月日 |     | 年 |    | 月 |   | 日 |  |
|                                                                                   |      | 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<br>を受ける補装具名                                                             |      |                                                      |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
| 判 定 予 定 日                                                                         |      |                                                      |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
| 希 望 す<br>る 補 装<br>具 業 者                                                           | 名 称  |                                                      |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
|                                                                                   | 所在地  |                                                      |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
|                                                                                   | 電 話  |                                                      |   |   |       | FAX |   |    |   |   |   |  |
| 該当する所得区分                                                                          |      | 1. 生活保護 2. 低所得 3. 一 般 4. 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。 |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
| 承諾書                                                                               |      |                                                      |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
| 私は、補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）の決定のため、私及び配偶者の住民登録資料、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。 |      |                                                      |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
| 年 月 日                                                                             |      |                                                      |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
| 本 人 氏名                                                                            |      |                                                      |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |
| 配偶者 氏名                                                                            |      |                                                      |   |   |       |     |   |    |   |   |   |  |

※自署の場合は押印不要です。