

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 平成 年 月 日

剣淵町長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ (印)

対象者との続柄 _____

個人番号 _____

電話番号 _____

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 象 者	住 所						
	フリガナ 氏 名						
	生年月日	年	月	日	性別	電話	
身 体 障 害 者 手 帳 障 害 名	手帳番号	第	号	交付年月日	年	月	日
	障害の種類				障害等級	種	級
	障害名						
購入・修理を受ける 補装具名				修理箇所			
判定予定日							
希 望 す る 補 装 具 業 者	名 称						
	所在地						
	電 話				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						
世帯範囲の特例に 関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子共等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子共等の被扶養者となっていない。						
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。						

