

## 補装具費（購入・修理）支給申請書

久山町長 様  (申請者) 住 所 氏 名  個人番号 対象者との続柄  電 話	申請日      年      月      日
次のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をします。 なお、補装具費の支給申請（購入・修理）の決定のために必要があるときは、関係機関に対し、世帯の構成、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。	

対象者	住 所						
	フリガナ 氏 名					個人番号	
	生年月日	年	月	日	性別	電話	
身体障害者手帳	手帳番号	県・市 第	号	交付年月日	年	月	日
	障害種別					障害等級	級
	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・修理を受ける 補装具名							
判定予定日	年	月	日				
希望する 補装具業者	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（自己負担減免措置）を希望します。						