

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

様

(申請者)
住 所
氏 名 ㊟
(対象者との続柄)
個人番号
電 話

次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
その他本申請の決定に必要な情報について、各関係機関に調査、照会及び閲覧することに
同意します。

対象者	住 所					
	フリガナ			性別	男・女	
	氏 名					
	生 年 月 日			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	
	障害種別			障害等級	種 級	
購入・修理を受け る補装具名						
判 定 予 定 日		年 月 日 ()		時 分～		
希 望 す る 補 装 具 業 者	名 称					
	所在地					
	電 話					
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得（非課税） ・ 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。				