

## 補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 令和 年 月 日

新ひだか町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

④

(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・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						
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				
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。				