

補装具費(購入・修理)支給申請書

鷹栖町長 谷 寿 男 様

次のとおり申請します。

また、本申請に係る私の世帯や世帯の課税・所得状況・医療保険の状況等について、公募等で確認することを了承します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名			生年月日	年 月 日			
	居 住 地	〒 鷹栖町 電話番号						
	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	支給申請に係る障がい児氏名			続 柄				
	身体障害者手帳番号	第 号 (年 月 日交付)						
	障がい名							
	購入・修理を受ける補装具名							
	補装具業者名							
世帯員※1・2	氏名	続柄	生年月日	個人番号	氏名	続柄	生年月日	個人番号
	該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得(非課税) ・ 一般 ・ 一定所得(所得割46万円)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措置(定率負担減免措置)を申請します。 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。						
	補装具費の支給方法	下記のいずれか希望する方に○をつけてください。 1. 代理受領方式 2. 償還払方式						

※上記の事実関係を確認できる書類を添付してください。(障がいを事由とする年金や手当などの非課税収入を含みます。公募等により確認することができるときは省略することができます)

注1 18歳以上の障がい者の世帯の範囲は、「障がいのある方とその配偶者」です。

注2 18歳未満の障がい児の世帯の範囲は、「その障がい児の保護者属する住民基本台帳上での18歳以上の世帯員」となります。