

記入例

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 令和〇年 〇月 〇日

| | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------|---|-----------|--------------|---------------|----|------|------|
| 申請者 | フリガナ 氏 名 | タカス タロウ 鷹栖 太郎 | | 生年月日 | 平成〇〇年 〇月 〇日 | | | |
| | 居住地 | 〒 071-12×× 鷹栖町 北〇条〇〇丁目〇番〇号 | | 電話番号 | 090-0000-0000 | | | |
| 申請者 | フリガナ 支給申請に係る障がい児氏名 | タカス ジロウ 鷹栖 二郎 | | 生年月日 | 令和〇年 〇月 〇日 | | | |
| | 身体障害者手帳番号 | 北海道 第 〇〇〇〇〇〇 号 | | 続柄 | 子 | | | |
| 障がい名 | | 〇〇による□□機能の△△(1級) | | | | | | |
| 購入・修理を受ける補装具名 | | 車椅子(オーダーメイド) | | | | | | |
| 補装具業者名 | | 株式会社 ○×製作所 | | | | | | |
| 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 |
| | 鷹栖 花子 | 妻 | 平成〇〇年×月〇日 | 000000000000 | | | | |
| | 鷹栖 月子 | 子 | 平成〇〇年×月△日 | 000000000000 | | | | |
| | 鷹栖 二郎 | 子 | 令和〇年〇月〇日 | 000000000000 | | | | |
| 該当する所得区分 | | 記入不要です。 | | | | | | |
| 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 ← 補装具受領時に申請者が自己負担額のみ支払い、事業者が公費負担額を請求する方法。 2. 償還払方式 ← 補装具受領時に申請者が全額支払い、鷹栖町に公費負担額を請求する方法。 | | | | | | |

対象者が
18歳以上⇒対象者本人
18歳未満⇒対象者の保護者の氏名等をご記入ください。

対象者が18歳未満の場合、対象者本人の氏名等をご記入ください。

対象者の身体障害者手帳に記載されている障害名をご記入ください。

※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。