

補装具費支給申請書

申請日 年 月 日

(提出先)
川越市長

(申請者)

住 所

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(対象者が18歳未満の場合、保護者の個人番号を記入)

対象者との続柄

電話番号

次のとおり補装具費の支給(購入・修理)を申請します。

なお、補装具費の支給(購入・修理)の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務情報その他必要な事項につき、関係機関に対して、調査し、照会し、及び書類の閲覧を求めることを承諾します。

対 象 者	居 住 地																			
	フリガナ																			
	氏 名																			
	個人番号																			
	生年月日	年 月 日					電話番号													
身体障害者手帳	手帳番号	第 号			交付年月日				年 月 日											
	障害種別								障害等級											
	障害名																			
購入・修理を受ける補装具の種目・名称																				
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。)																		
希望する事業者	名 称																			
	所 在 地																			
	電話番号								FAX番号											
該当する所得区分		生活保護・低所得・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。																		