

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

ひたちなか市福祉事務所長 様

|     |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者 | 住 所     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 氏 名     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 個人番号    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 対象者との続柄 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 電話番号    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。

補装具費の支給申請（購入・借受け・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<br>象<br>者               | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と同じ場合、生年月日のみ記載してください。 |                                                      |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | 住 所                                                       |                                                      |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | フリガナ<br>氏 名                                               |                                                      |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | 個人番号                                                      |                                                      |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | 生年月日                                                      | 年 月 日                                                |       |  |         | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 身 体 障 害 者 手 帳<br>障 害 名    |                                                           | 手帳番号                                                 |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                                                           | 交付年月日                                                | 年 月 日 |  | 障害種別・等級 |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                                                           |                                                      |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 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)      |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 購入・借受け・修理<br>を受ける補装具名     |                                                           |                                                      |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 判定予定日                     |                                                           | 年 月 日                                                |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 希 望 す る<br>補 装 具<br>事 業 者 | 名 称                                                       |                                                      |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | 所 在 地                                                     |                                                      |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | 電話番号                                                      |                                                      |       |  |         | FAX  |  |  |  |  |  |  |  |
| 該当する所得区分                  |                                                           |                                                      |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |
| 生活保護への移行予<br>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。 |       |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |