

補装具費（購入・修理）支給申請書

令和 年 月 日

須賀川市長

(申請者)

住 所

氏 名

㊟

個人番号

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

電話番号

対象者との続柄

下記のとおり、補装具費の支給申請（購入（新規・再）・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	大正 昭和 平成 令和 年 月 日			性別	男・女	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					
疾 病 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病名を記載のこと)											
購入・修理を受ける 補装具名												
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											
世帯範囲の特例に 関 する 認 定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者及びその配偶者のみの世帯であることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。											
生活保護への移行予防 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。											