

補装具費（購入・修理）支給申請書

.....年.....月.....日

高島市福祉事務所長

申請者 住 所 .....  
 氏 名 .....  
 続 柄 本人 ・ その他（ ）  
 電話番号 .....

下記のとおり補装具費の支給（購入・修理）を申請します。

また、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	(申請者と異なる場合のみ記入) 高島市					
	フリガナ	.....					
	氏 名	.....					
	個人番号	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	生年月日	.....	.....	.....	性 別	男 ・ 女	
身体障害者 手 帳	手帳番号	滋賀県第	.....	号	交付日	.....	.....
	障害種別	.....			障害等級	.....	
	障 害 名	.....					
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。)						
購入または修理を 受ける補装具名	.....						
判 定 予 定 日	.....						
希 望 する 補装具業者	名 称	.....					
	所 在 地	.....					
	電話番号	.....			F A X	.....	
該当する所得区分	1 生活保護    2 低所得    3 一般    4 一定所得以上						
世帯範囲の特例に 関 する 認 定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにも当てはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみまたは申請者およびその配偶者のみの世帯とす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 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。						