

補装具費（購入・修理）支給申請書

美馬市福祉事務所長		申請日 年 月 日				
		(申請者) 住 所				
		氏 名				
		個人番号				
		対象者との続柄				
		電 話				
<p>下記のとおり補装具費の支給申請（購入・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、閲覧することに承諾します。 同意</p>						
対象者	住 所					
	フリガナ 氏 名			個 人 番 号		
	生年月日	年 月 日	性別	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
購入・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			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				
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。				