

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

（宛先）小牧市福祉事務所長

（申請者）※対象者が児童の場合は保護者

住所										
氏名										
個人番号										
対象者との続柄（ 本人 ・ ）										
電話番号	（ ）		-							

下記のとおり補装具費の支給申請をいたします。
 補装具費の支給申請の決定のため、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。
 なお、この申請に係る支給費の受領につきましては、下記事業者に委任いたします。

記

対 象 者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ										
	フリガナ											
	氏名 (児童氏名)											
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					電話					
身体障害者手帳		手帳番号						交付年月日				
		障害種別	種					障害等級		級		
障害名												
購入・借受け・修理を受ける補装具名												
希望する 補装具業者	名称											
	所在地	別添見積書のとおり										
	電話						FAX					
該当する所得区分		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 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、申請者のみ又は申請者及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に関する認定		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行防止(定率負担減免措置)を希望します。										

※担当課記入欄

<input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 市 (<input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> 種目 <input type="checkbox"/> 基準未満修理 <input type="checkbox"/> 同型再購入)
----------------------------	--