

補装具費（購入等）支給申請書

菰野町長 様		申請日 年 月 日			
		(申請者) 住 所  氏 名 対象者との続柄  電 話			
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 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	号	交付年月日		年 月 日
	障害種別				障害等級
購入・借受け・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		1. 生活保護 2. 低所得 3. 一般 4. 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。			