

申請日 年 月 日

多賀城市福祉事務所長 殿

(申請者)

住所 多賀城市中央二丁目1番1号

氏名 多賀城 太郎（※18歳未満の場合は保護者氏名）

対象者との続柄 本人

電話 022-368-1478

補装具費の支給を受けたいので、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規則第65条の7第1項の規定により、下記のとおり申請します。

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	多賀城市中央二丁目1番1号				
	フリガナ 氏名	多賀城 太郎（障害者または障害児本人の氏名）				
	生年月日	昭和〇年 □月 △日 (XX歳)	性別	○男・女	電話	022-368-1478
	対象者・世帯員 の個人番号	本人の個人番号/配偶者や家族の氏名及び個人番号				
身体障害者手帳 障害名	手帳番号	宮城県第XXXXXX号	交付年月日	平成▲年 □月 ●日		
	障害種別	肢体不自由下肢	障害等級	1種 1級		
麻痺（脳出血）による肢体不自由下肢						
購入・借受け・修理 を受ける補装具名	下肢装具（希望する種類の補装具名）					
判定予定日	年 月 日 ()					
希望する補装具業者	名称	〇〇製作所				
	所在地	仙台市青葉区△丁目1-1				
	電話	022-XXX-XXXX	FAX	022-XXX-XXXX		
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（定率負担軽減措置）を希望します。					