

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 令和 年 月 日

多賀城市福祉事務所長 殿

(申請者)

住所

氏名

印

対象者との続柄

電話

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					
	フリガナ 氏名					
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	性別	男・女	電話	
	対象者・世帯員 の個人番号					
身体障害者手帳	手帳番号	県第 号	交付年月日	年 月 日		
	障害種別		障害等級	種 級		
	障害名					
購入・借受け・修理 を受ける補装具名						
判定予定日	年 月 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（定率負担軽減措置）を希望します。					