

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

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)										
	個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	対象者との続柄	本人										
	電話番号	022-368-1478										
<p>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。</p>												
対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と同じ場合、生年月日のみ記載してください。											
	住 所											
	フリガナ氏名											
	個人番号											
	生年月日	昭和○年	■月	△日	電話番号	022-368-1478						
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・等級	Ⅰ種 Ⅰ級								
	麻痺（脳出血）による肢体不自由下肢											
疾患名	脳出血 <small>（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令に規定する疾患名を記載のこと）</small>											
購入・借受け・修理を受ける補装具名	希望する補装具名 （例：下肢装具）											
判定予定日	年 月 日（ ）											
希望する 補装具 事業者	名 称	○○製作所										
	所在地	仙台市青葉区△丁目1-1										
	電話番号	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（定率負担減免措置）を希望します。											