補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

　　　年　　　月　　　日

　長浜市福祉事務所長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（18歳未満の場合、保護者）

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　フリガナ

氏　名

個人番号（　　　　　　　　　　　　）

（本人以外の場合、対象者との続柄　　　　）

電　話 （ ）

次のとおり補装具費（購入・借受け・修理）の支給を申請します。

補装具費用の支給決定のため、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(施設入所の場合、当該施設の住所及び施設名も記入のこと) |  |
| フリガナ氏　　名 | （個人番号　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 |  | 性別 |  | 電話 |  |
| 身体障害者手帳障　　害　　名 | 手帳番号 |  | 交付年月日 |  |
| 障害種別 |  | 障害等級 |  |
|  |
| 疾　患　名 |  |
| 購入・借受け・修理を受ける補装具名 |  | 修理を要する箇所等 |  |
| 希望する補装具業者 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電　話 |  | ＦＡＸ |  |
| 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 | * 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。
 |