

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 <small>（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）</small>					
	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		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。				