

補装具費(購入・修理)支給申請書

年 月 日

(宛先)富士見市長

住 所  
申請者 氏 名 印  
対象者との続柄  
電 話

次のとおり補装具費(購入・修理)の支給を申請します。

この支給申請に対する決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査し、照会し、又は閲覧することを承諾します。

対 象 者	居 住 地	〒				
	フリガナ 氏 名					
	生年月日	年 月 日	性 別		電 話 番 号	
身 体 障 害 者 手 帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日		
	障害種別				障害等級	
	障害名					
疾 患 名	(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入すること。)					
購入・修理を受ける補装具の名称						
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					
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 次のいずれにも当てはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。					
生活保護への移行防止措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行防止措置(定率負担減免措置)を希望しません。					