

補 装 具 費（ 購 入 ・ 修 理 ） 支 給 申 請 書

豊後大野市福祉事務所長 様

申請日 年 月 日

(申請者)

住 所：豊後大野市

氏 名： 印

個人番号：

(対象者との続柄：)

電話番号： — —

下記のとおり補装具費の支給申請(購入・修理)をいたします。

なお、補装具費の支給申請(購入・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	豊後大野市				
	フ リ ガ ナ 氏 名		性別	男 ・ 女		
	生 年 月 日	年 月 日	電話			
	個 人 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	肢体 ・ 視覚 ・ 聴覚 ・ 内部 ・ 言語		障害等級	種 級	
障 害 名						
購入・修理を受ける 補 装 具 名						
判 定 予 定 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		☐ 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。				