

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

江府町長 様

(申請者)
 住 所
 氏 名 印
 個人番号
 (対象者との続柄)
 電 話

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。
 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、紹介、閲覧することを承諾します。

対象者	住 所										
	フリガナ 氏 名										
	生年月日		性別		電話						
	個人番号										
保護者氏名（対象者が 18歳未満の場合）					続柄						
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	鳥取県 第 号	交付年月日	昭和 年 月 日		平成 年 月 日					
	障害種別	機能障害			障害等級	種 級					
難 病	疾患名	特定疾患医療受給者証で確認・その他（ ）									
購入・修理を受ける 種目及び補装具名	種目				補装具名						
判 定 区 分 判 定 予 定 日	・市町村判定 ・更生相談所判定（来所判定 年 月 日） ・文書判定										
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"/> 下記のいずれにもあてはまるため、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。										
生活保護への移行予 防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置）を希望します。										