

## 補装具費（購入・修理）支給申請書

（あて先）白山市福祉事務所長  （申請者） 住 所  氏 名  個人番号 （対象者との続柄： ）  電 話	申請日 年 月 日          ㊟
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、照会、閲覧することを承諾します。	

対象者	住 所					
	フリガナ 氏 名	（個人番号 ）				
	生年月日	年 月 日	性 別	男・女	電 話	
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	第 号	交付年月日		年 月 日	
	障害種別 （該当に○ をつける）	上肢・下肢・体幹・運動機能・視覚・聴覚・ 平衡・音声言語そしゃく・心臓・じん臓・ 呼吸器・ぼうこう直腸・小腸・肝臓			障害等級	級
疾患名 （難病の場合）	（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載のこと）					
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		FAX			
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	<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。					