

補装具費(購入・修理)支給申請書

茨城町長宛		申請日		年	月	日
		(申請者)				
		住所				
		名前		⑩		
		個人番号				
		対象者との続柄				
		電話				
<p>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。</p>						
対象者	住所					
	フリガナ氏名	(個人番号)				
	生年月日	年	月	日	性別	電話 ()
身体障害者手帳 障害者名	手帳番号	第	号	交付年月日	年 月 日	
	障害種別			障害等級		
疾患名						
購入・修理を受ける補装具名						
判定予定日		年 月 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 ・ 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。				