様式第30号(第23条関係)

補装具費(購入・借受け・修理)支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　　年　　月　　日  　みよし市福祉事務所長　様  (申請者)  住所  氏名  対象者との続柄  電話  　次のとおり補装具費の支給申請(購入・借受け・修理)をいたします。  　補装具費の支給申請(購入・借受け・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 | | 電話 | |  |
| 保護者(対象者が18歳未満の場合記入) | | | フリガナ  氏名 |  | 続柄 | |  |
| 住所 |  | 個人番号 | |  |
| 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 |  | 障害等級 | | 級 |
|  | | | | |
| 購入・借受け・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 | | 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 | | | □　生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。 | | | | |