

補装具費(購入・修理)支給申請書

平成 年 月 日

小林市福祉事務所長 様

申請者
(18歳未満の児童
の場合は保護者)

住 所 〒

対象者との続柄

氏 名

(印)

個人番号

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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。
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 (児) | ふりがな | | 生年 月日 | 年 月 日 | 性別 | |
| | 氏 名 | 個人番号() | | | | |
| | 住 所 | 〒 電話 | | | | |
| 身体障害者手帳番号 及び等級・障害名 | 手帳番号 | 第 号 | 交付日 | 年 月 日 | | |
| | 等 級 | 種 級 | 再交付日 | 年 月 日 | | |
| | 障 害 名 | | | | | |
| 疾 患 名 | (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 たい補装具名 | | | 修理を要 する部位 | | | |
| 判定予定日 | 平成 年 月 日 | | | | | |
| 希望する業者名 | | | | | | |
| 該当する所得区分 | 生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上 | | | | | |
| 現在使用している 補装具の交付を受け た 年 月 日 | 補装具名 | | | 年 月 日 | | |