様式第32号(第27条関係)

補装具費(購入・修理)支給等申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 身体障害者更生指導台帳番号 | | | |
| ※　　　―　　　― | | | |
| 申請日　　　　年　　月　　日  　つくばみらい市福祉事務所長　様  (申請者)  住所  氏名　　　　　　　　　　印  個人番号  対象者との続柄  電話  　次のとおり補装具費の支給を申請します。  　補装具費の支給申請の決定のため，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 |  | 電話番号 | | |  | |
| 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 |  |
|  | | | | | | | | |
| 購入・修理を受ける補装具名 | | |  | | | | | | | | |
| 希望する補装具業者 | | 名称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | FAX番号 |  | | |
| ※該当する所得区分 | | | 生活保護・非課税(低所得1・低所得2)・一般・一定所得以上 | | | | | | | | |

(注意)　申請者は※印の欄には記入しないでください。