

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

つくばみらい市長

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者 | 住 所 | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | | |
| | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | | |
| | 対 象 者 と の 続 柄 | | | | | | | | | | | | |
| | 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | | |

下記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 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と同じ場合、生年月日のみ記載してください。 | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ 氏 名 | | | | | | | | | | | |
| | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 | | | | | 電 話 番 号 | | | | | |
| 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 ・ 等 級 | | | | | | | |
| 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 ・ 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 事 業 者 | 名 称 | | | | | | | | | | | |
| | 所 在 地 | | | | | | | | | | | |
| | 電 話 番 号 | | | | | | FAX | | | | | |
| 該 当 す る 所 得 区 分 | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | |