

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

平群町長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

個人番号

対象者との続柄

電 話

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。
 障害者（児）福祉に係る事業（制度）に関する支給申請をするにあたり、障害者本人及び同一世帯・同一生計にある者の収入及び住民税課税資料、その他必要な資料の状況について調査すること、並びに必要なに応じて個人番号を利用することに同意します。

対象者	住 所				
	フリガナ 氏 名	(個人番号)			
	生 年 月 日	年 月 日	電 話		
身体障害者手帳	手帳番号		交付年月日		
	障害種別			障害等級	
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・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 称				
	所 在 地				
	電 話		F A X		
判定予定日	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。				