

捨  
印

補装具費（購入・修理）支給申請書

年 月 日

久慈市長様

18才未満：保護者氏名  
18才以上：本人の氏名

住所  
氏名  
個人番号  
電話

印

対象者との続柄

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	住所					
	フリガナ 氏名	(個人番号 )				
	生年月日	年 月 日	性別		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		
疾患名	申請者欄に記入, 押印(捨印) あまば, 他のところは, 記入 しなくても大丈夫です。					
購入・修理を受ける 補装具名	(障害 行政令に規定する疾患名を記載のこと)					
判定予定日						
希望する 補装具 業者	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	<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。					