

様式第 3 1 号 (第 3 5 条関係)

補装具費(購入・借受け・修理)支給申請書

申請日		年	月	日					
ひたちなか市福祉事務所長		殿							
〒									
(申請者) 住所									
氏名									
対象者との続柄									
電話番号 ()									
※上記部分及び下記の太枠内を記入してください。									
下記のとおり補装具費の支給申請(購入・借受け・修理)をします。									
補装具費の申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、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								
	生年月日	年	月	日					
	個人番号								
	保護者氏名(個人番号)	()							
※対象者が児童の場合のみ記入してください。									
身体障害者手帳		手帳番号	第	号	交付年月日	年	月	日	
		障害等級	種		級				
		障害名							
購入・借受け・修理を受ける補装具名(修理部位)									
希望する補装具業者	名称								
	所在地								
	電話				F A X				
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。							

※事務処理欄(以下、申請者は記入不要です。)

判定	申請対象の補装具の判定	有・無	今回の判定	要・不要
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上			

