

どちらかに○をつけてください

補装具費 (購入・修理) 支給申請書

		申請日		年	月	日
(あて先) 斑鳩町長 殿						
(申請者)						
住所		斑鳩町法隆寺〇-〇-〇				
氏名		斑鳩太郎 印				
対象者との続柄 本人						
電話		0745-〇〇-〇〇〇〇				
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	斑鳩町法隆寺〇-〇-〇				
	フリガナ	イカルガ タロウ				
	氏名	斑鳩太郎				
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	性別	男	電話	0745-〇〇-〇〇〇〇
身体障害者手帳 障害名	手帳番号	奈良県第 12345 号	交付年月日	平成〇年〇月〇日		
	障害種別	肢体不自由			障害等級	1 級
	左上肢機能障害 2 級、 左下肢機能障害 2 級					
購入・修理を受ける 補装具名	車椅子 (普通型・オーダーメイド)					
判定予定日						
希望する 補装具業 者	名称	株式会社 〇〇義肢				
	所在地	〇〇郡〇〇町 1-2-3				所得区分の欄は空けておいてください。
	電話	0745-〇〇-〇〇〇〇	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					
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。					
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。					