

補装具費（購入・修理）支給申請書

（宛 先）大台町長

年 月 日

申請者 居住地  
氏名  
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・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、各関係機関に調査し、照会し、閲覧することを承諾します。

対 象 者	住 所	
	氏 名	個人番号：
	生年月日	年 月 日
身体障害者 手帳番号等	県 第 号 級 交付年月日（ 年 月 日）	
障 害 名		
疾 病 名		
購入（修理） を受けたい 補 装 具 名		
希 望 する 補装具業者名		
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"/> 下記のいずれにも当てはまるため、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。	