

補装具 購入 支給申請書

申請日 令和 年 月 日					
川上村長 様					
(申請者)					
住 所		川上村大字			
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)をいたします。 補装具費の支給申請(購入)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	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	氏 名			年 月 日	歳
	住 所	川上村大字	電話番号		
	個人番号				
身体障害者手帳番号		長野県 第 号 (年 月 日交付)			
障害名		種 級			
購入または修理する 補装具の名称		修理を 要する 部 位			
		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			
世帯範囲の特例に 関する認定		☐ 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、 対象者のみ又は対象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親族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		☐ 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。			
備考					