様式第１号(第４条関係)

補装具費(購入・修理)支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　　　　年　　　　月　　　　日  会津美里町長  （申請者）住　　所　〒  氏　　名  個人番号  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 | | | 電話 | |  |
| 障がい等 | 身体障害者  手帳 | | 手帳番号 | 福島県第　　　　　号 | | 交付年月日 | | 年　　月　　日 |
| 障害種別 | 第　　 　種 | | 障害等級 | | 級 |
| 障がい  の内容 |  | | | | |
| 難病等 | | 疾患名 |  | | | | |
| 購入・修理を受ける補装具名 | | |  | | | | | |
| 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 | | | １．生活保護　　２．低所得　　３．一般　　４．一定所得以上 | | | | | |
| 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。 | | | | | |
| 同　意　書  私は、補装具費の支給申請(購入・修理)の決定のため、世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に対し、調査、照会、閲覧することに同意します。また、決定内容について補装具業者に提供することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  １.本人氏名　　　　　　 　　 　　　　　 ５.世帯員氏名  ２.世帯員氏名　　　　　　　　　　 　　　　　 ６.世帯員氏名  ３.世帯員氏名　　　　　　　　　　 　　　　　 ７.世帯員氏名  ４.世帯員氏名　　　　　　　　　 　　　　　　 ８.世帯員氏名  ※対象者が18歳以上の場合は、本人とその配偶者のみ記入。  対象者が18歳未満の場合は、世帯員全員を記入すること。ただし、18歳未満で収入がない場合は記入不要です。 | | | | | | | | |

添付書類：１身体障害者手帳写し又は特定疾患医療受給者証等の写し　２補装具の医師意見書（新規、仕様変更の場合）　３見積書（事前取得の場合のみ）