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）