

補装具費(購入・修理)支給申請書

申請年月日 年 月 日

東北町長 様

住所 東北町 _____

氏名 _____ (印)

個人番号 _____ - _____ - _____

申請者との続柄() 電話 _____ () _____

次のとおり補装具費の支給申請(購入・修理)をします。

なお、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	東北町					
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日			
	個人番号	-	-	性別	男・女	電話	()
身体障害者手帳障害名	手帳番号	青森県青上北	第 号	交付年月日	年 月 日		
	障害等級	種 級	障害名				
疾患名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)						
購入・修理を受ける補装具名							
希望する補装具業者名	名称						
	所在地						
	電話		F A X				
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上						
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。						
備考							