

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

(あて先)小松市長

申請日年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		対象者との続柄	
	氏 名	個人番号：		
	住 所	電話番号 — —		

別紙「補装具意見書及び関係書類」を添えて、次のとおり補装具の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。

補装具の支給申請の決定のため、必要な住民登録関係・税関係書類の調査をされても異議は申し立てません。

対象者	フリガナ		生年 月 日	年 月 日
	氏 名	個人番号：		
	住 所			

身体障害者 手帳の番号	（ 県第 号 年 月 日 交付 ） 種 級
----------------	--------------------------

身体障害者手帳 の 障 害 名	
--------------------	--

購入・借受け・修理 を受ける補装具名	修理を 要する 部 位	
-----------------------	-------------------	--

希 望 す る 補 装 具 業 者 名	
------------------------	--

備 考	
-----	--

該 当 す る 所 得 区 分	生活保護 ・ 低所得 ・ 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、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する者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措置(定率負担減免措置)を希望します。