様式第30号(第22条関係)

補装具（購入・修理）支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　年　　月　　日  美馬市福祉事務所長  （申請者）  住　所    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・修理）をいたします。  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、閲覧することに承諾します。　　同意　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 住　所 | |  | | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏　名 | |  | | | | | | | 個　人　番　号 | | | |
|  | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 性別 | |  | | 電　話 | | |  | |
| 身体障害者  手帳障害名 | | | 手帳番号 | 第　　　　号 | | 交付年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | |
| 障害種別 |  | | | | | | | | 障害等級 |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 生活保護　・　（低所得１　・　低所得２）　・　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 | | | □生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 | | | | | | | | | | |