

補装具費（購入・修理）支給申請書

年 月 日

小林市福祉事務所長 様

申請者
(保護者) 住 所

対象者との続柄

氏 名 ⑩

電 話 番 号

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、閲覧することを承諾します。

対象者	ふりがな 氏 名		生年 月日		性別	
	住 所	〒 電 話				
身体障害者手帳番号 及び等級・障害名	手帳番号			交付日		
	等 級			再交付日		
	障害名					
購入・修理を受けたい補装具名				修理を要する部位		
判定予定日	平成 年 月 日					
希望する業者名						
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					
現在使用している補装具の交付を受けた年 月 日	補装具名	年 月 日				

※この申請書には、対象者又は保護者の当該年度分市民税の課税額を証明する書類を添付すること。

(生活保護を受けている場合の人は、その旨についての福祉事務所長の証明書)