

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 令和 年 月 日					
(あて先) 東川町長 様					
(申請者)					
住 所					
氏 名					
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、閲覧することを承諾します。					
対 象 者	住 所				
	フリガナ 氏 名				
	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		令和 年 月 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		<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。			