

補装具費支給申請書

六ヶ所村長 様		年 月 日	
住所		氏名	
氏名		印	
電話			
次のとおり補装具費の支給(及び利用者負担額の減額・免除等)を申請します。 なお、決定に当たり、私の世帯の構成、所得の状況その他の必要事項を村が調査することについて承諾します。			
補装具対象者	フリガナ		生年月日 年 月 日
	氏名		性別 男・女
	住所	〒	電話番号
身体障害者手帳	手帳番号		交付年月日 年 月 日
	障害種別		障害等級
障害名			
補装具の種目	購入・修理の区分		購入・修理
	修理部位		
希望する補装具業者	名称		
	所在地		
	電話番号	FAX 番号	
所得区分	生活保護・(低所得 1・低所得 2)・一般・一定所得以上		
世帯範囲の特例の認定	☐ 次のいずれにも該当するため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者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、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。		
生活保護移行予防措置の認定	☐ 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置)を申請します。		