

補装具費支給申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

申請者 居住地
氏名
対象者との続柄
電話

次のとおり申請します。
なお、支給決定のため必要な場合は、市民税等の課税状況、生活保護受給状況等について、市長が関係部署の公簿（世帯員分を含む。）を閲覧することに同意します。

対象者	住所						
	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	年	月	日	性別	電話	
身体障害者手帳の内容	手帳番号	第	号	交付年月日	年	月	日
	障害種別				障害等級		
	障害名						
支給区分	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 修理						
購入・修理を受ける補装具名							
代理受領の委任	<input type="checkbox"/> 委任します <input type="checkbox"/> 委任しません						
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						
世帯範囲の特例に関する認定 ※	<input type="checkbox"/> 下記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、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。						

（注）※印の欄については、該当する部分のみ記載してください。