

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				個人番号	
	氏 名					
	生年月日	年 月 日	性別		電話	
申請者の個人番号（申請者と対象者が異なる場合に限る。）						
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"/> 借受け <input type="checkbox"/> 修理					
補装具の種目及び名称						
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		F A X			
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 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（自己負担減免措置）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。