

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 平成 年 月 日					
日出町長 様	(申請者) 住所 日出町 氏名 ⑤ 個人番号 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）をします。					
対象者	住所	日出町		電話：	
	フリガナ 氏名	個人番号：	生年月日	性別	
世帯員	氏名	個人番号：	生年月日	続柄	
	氏名	個人番号：	生年月日	続柄	
	氏名	個人番号：	生年月日	続柄	
身体障害者 手帳 障害名	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障害名	身体障害者手帳添付		障害等級	級 種
購入・修理を受ける補装具名					
判定予定日		年 月 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			
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 この申請書には、次の書類を添付すること。ただし、個人番号の記入により、省略できる書類がある場合があります。

- (1) 補装具意見書
- (2) 補装具業者が作成した購入・修理を受ける補装具の見積書
- (3) 身体障害者手帳の写し
- (4) 対象者及び対象者の属する世帯員の申請日の属する年度（申請日の属する月が4月から6月までの場合は、前年度）の市町村民税額を証明する書類
- (5) 非課税世帯については、対象者又は対象者を扶養する者の収入額が確認できる書類
- (6) その他町長が必要と認める書類