

補装具費(購入・修理)支給申請書

| | | | | | |
|--|-------------|--|-------|---------|--|
| 年 月 日 | | | | | |
| 大玉村長 | | | | | |
| 住所 氏名 対象者との続柄 電話 | | | | | |
| <p>下記のとおり補装具費(購入・修理)の支給申請をいたします。 補装具費(購入・修理)の支給申請の決定のため、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。</p> | | | | | |
| 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 障 害 名 | | 手帳番号 | 第 号 | 交付年月日 | |
| | | 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 | | | | | |
| 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。 | | | |