

台帳 番号	
----------	--

### 補装具費支給申請書

太枠内は、もれなくご記入ください

稲城市長 殿	申請日	年 月 日
補装具の(購入・修理)を希望します。		
(申請者)		
住所		
_____		
氏名	電話	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span>收受</span> </div>
(続柄)		
_____		

下記のとおり補装具費の支給申請をいたします。補装具費の支給審査のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、手当て受給状況について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	住所	同上・稲城市			
	氏名		生年月日	年 月 日	
	個人番号	個人番号	本年1月1日時点の居住地		
身体障害者手帳	手帳番号	第	号	障害等級	種 級
購入・修理を受ける補装具名					再支給・複数支給
修理・再支給・複数支給の場合 年 月 日支給分					
希望する補装具業者		別紙見積書のとおり	希望する支給方法	償還払い・代理受領	
該当する所得区分		生活保護・非課税世帯・課税世帯・一定(46万円)以上			
生活保護への移行措置について		<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。			

※ 以下、職員記入欄

#### 調査書

判定方法	直接判定・書類判定・書類判断・判定省略 判定日( 年 / )				
必要書類 (不要は斜線) <small>※到着日を記入</small>	意見書		見積り		判定書類
	理由書[複数支給・再支給・その他( )]				その他( )
備考					
課税状況	本人	非・課・以上	配偶者	非・課・以上	
世帯区分	生活保護・非課税・課税・一定(46万円)以上				
基準額	見積額	利用者負担額	公費負担額	月額上限額	

支給 番号	
----------	--

認定 日	年 /
---------	-----

受付: