



補装具費支給申請書

台帳
番号

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				
_____ (続柄 _____)				
個人番号			電話	

<p>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。</p>				



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			
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	書類判断・判定省略・助言依頼					
	判定日(年 /)					
必要書類 (不要は斜線) ※到着日を記入	意見書		見積り		助言書類	
	理由書[複数支給・再支給・その他()]				その他()	
備考						
課税状況	父	非・課	母	非・課	他	非・課
世帯区分	生活保護・非課税・課税					
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: