

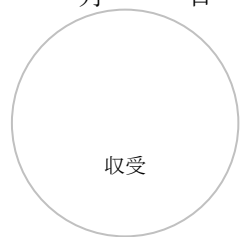
台帳 番号	
----------	--

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		
(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: