

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 補装具の(購入 ・ 修理)を希望します。 (申請者) 住所 _____ 氏名 _____ 個人番号 _____ 対象者との続柄 _____ 電話 042 - _____	申請日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 20px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 収受 </div>
--	---

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	大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日
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) ※到着日を記入	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 :