



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