

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 山形市福祉事務所長

(申請者)

住 所

氏 名

印

対象者との続柄

電 話

(児童の場合は保護者の氏名)

次のとおり申請します。

補装具費の支給の要否の決定に際して必要があるときは、私の世帯に係る市町村民税課税台帳その他所得状況を確認できる書類を閲覧する等の調査を行うことに同意します。

対象者	住 所						
	フリガナ 氏 名						
	個人番号						
	生年月日	年	月	日	年 齢	歳	性 別
身体障がい者手帳 障 が い 名	手帳番号	第		号	交付年月日	年 月 日	
	障がい種別		障がい等級		電話		
疾 患 名	※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患(難病等)名						
購入・借受け・修理を受ける 補 装 具 名							
判 定 予 定 日							
希 望 す る 補 装 具 業 者	名 称						
	所在地						
	電 話						
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上						
生活保護への移行予防措置に関する認定	<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。						
【対象者が児童の場合】 保護者が障がいの場合は、右記の手帳の所持等で該当する□に✓を記入してください。	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他（精神通院医療等）						