

(様式第 1 号)

補装具費（購入・修理）支給申請書

(宛先) 加賀市長		申請日		年	月	日
		(申請者)				
		住 所				
		氏 名		Ⓜ		
		個人番号 ()				
		対象者との続柄 ()				
		電 話				
下記のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をします。						
対象者	住 所					
	フリガナ 氏 名	個人番号 ()				
	生年月日	年 月 日	性別		電話	
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	第	号	障害等級	級	
	交付年月日	年 月 日	障害種別	第 種		
購入・修理を受ける 補 装 具 名						
修 理 部 位						
希望する 補装具業者	名 称					
	所在地					
	電 話		FAX			
該当する所得区分	生活保護 ・ (低所得 1 ・ 低所得 2) ・ 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。					
備 考						
補装具費の支給申請（購入・修理）の決定のため、私及び世帯員の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。						
申請者氏名 Ⓜ						

※申請者は 18 歳以上の場合は本人、18 歳未満の場合は保護者になります。