補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　　年　　月　　日  　（宛先）小金井市長  　下記のとおり補装具費の支給を申請（購入・借受け・修理）します。  　補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、介護保険その他の資料について、必要なときには公簿等により確認を行うことに同意します。  記 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | フリガナ | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | |
| 個人番号 | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | | 電話番号（　　　）　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請に係る  障害児氏名 | | |  | |
| 個人番号 | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 続　　柄 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者手帳  障　害　名 | | | 手帳番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害種別 | 種 | | | | 障害  等級 | | | | | | 級 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾　病　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 | | | 生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯・非課税世帯・課税世帯・一定所得以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活保護への移行予防措置に関する認定 | | | □　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請書提出者 | | | □申請者本人　　□申請者本人以外（下欄に記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | 申請者 との関係 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 氏　　　　名 | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | | | 電話番号（　　　）　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | |