補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

　　年　　月　　日

（あて先）五島市長

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

（対象者との続柄　　　）

電話番号

次のとおり補装具費の支給の申請（購入・借受け・修理）をします。

補装具費の支給（購入・借受け・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録及び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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住所 |  | | | | | | | |
| フリガナ  氏名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 　 月　　日 | | | 性別 |  | 電話  番号 |  | |
| 身体障害者  手帳内容 | | 障害等級 | | 種　　級 | 手帳  番号 |  | 交付  年月日 | 年　　月　　日 | |
| 障害名 | |  | | | | | |
| 購入又は  修理をする  補装具名 | |  | | | | | | | |
| 判定予定日 | |  | | | | | | | |
| 希望する  補装具業者 | | 名称 |  | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | 電話番号 | |  |
| 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 | | □　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 | | | | | | | |