

補装具費(購入・修理)支給申請書

年 月 日

別海町長 様

住 所
氏 名 印
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)を致します。
補装具費の支給申請(購入・修理)の決定のため、私の世帯の住民登録資料、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。

対象者	住 所					
	フリガナ					
	氏 名	個人番号:				
	生年月日	年 月 日生	男・女	電話番号	-	
身体障害者手帳 障害名	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日		
	障害種別				障害等級	
購入・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	1. 生活保護(負担0円) 2. 非課税世帯(負担0円) 3. 一般(負担37,200円) 4. 一定所得以上(全額自己負担)					
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。					
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。					