

新規（判定要・否）
再交付（前回交付 年 月 日）

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日					
桜井市社会福祉事務所長 様					
(申請者)					
住 所					
氏 名 ⑨					
対象者との続柄					
電 話					
<p>下記のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。</p> <p>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。</p>					
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	交付年月日	年 月 日
		障害種別		障害等級	
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名を記載のこと)			
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		FAX		
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。			