

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

砂川市福祉事務所長 様	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・借受け・修理）をいたします。 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。	
記	

対 象 者	住 所											
	ふりがな 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												
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					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。										