

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日						
<p>新冠町長 様</p> <p style="text-align: right;">(申請者)</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">対象者との続柄</p> <p style="text-align: right;">電 話</p> <p style="margin-top: 20px;">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					
	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	
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。				