

## 補装具費(購入・修理)支給申請書

平成 年 月 日

安芸高田市長 様

申請者住所 安芸高田市 町

氏名 ㊟

個人番号

対象者との続き柄( )

連絡先

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。

なお、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  
そのほかについて、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

※太枠の中を対象者について記入してください

住所及び連絡先	安芸高田市 町 (連絡先 )		
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
氏名	(個人番号: )	年齢	歳
身体障害者手帳	手帳番号	県 第 号	交付年月日 昭・平 年 月 日
	障害種別	視覚・聴覚・平衡・音声・言語・上肢・下肢・体幹 運動機能・心臓・腎臓・ぼうこう・直腸・小腸・免疫	
	障害名	(等級 級)	
購入・修理を 受ける補装具名	(修理の場合はその場所 )		
判定予定日	平成 年 月 日	判定会場	会場・書面
希望業者			
生活保護の移行 予防措置	<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。		
世帯の考え方	18歳以上の障害者の場合(施設に入所する18、19歳を除く)は障害のある方とその配偶者を同一世帯と扱います。障害児の場合(施設に入所する18、19歳を含む)保護者の属する住民基本台帳での世帯が同一世帯となります。		
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		

## 調 査 書

申請年月日		年	月	日	申請者氏名			
対象者	住 所	安芸高田市 町						
	フリガナ				生年月日	年 月 日		
	氏 名				連絡先			
氏 名	年齢	対象者との続柄	課税状況					
			課税区分	市民税所得割	所得割 46万以上	非課税世帯の場合 収入額の合計		
①			課・非	有・無	以上・以下	所得	円	
						障害年金	円	
						手当	円	
						合計	円	
②			課・非	有・無	以上・以下	所得	円	
						障害年金	円	
						手当	円	
						合計	円	
③			課・非	有・無	以上・以下	所得	円	
						障害年金	円	
						手当	円	
						合計	円	
④			課・非	有・無	以上・以下	所得	円	
						障害年金	円	
						手当	円	
						合計	円	
⑤			課・非	有・無	以上・以下	所得	円	
						障害年金	円	
						手当	円	
						合計	円	
世帯区分	1. 生活保護 (0円)    2. 低所得1 (0円)    3. 低所得2 (0円)    4. 一般 (37,200円)    5. 一定所得以上 (全額)							
基準額	見積額		利用者負担額		公費負担額			
円	円		円		円			
月額負担上限額				円		円		
円								
用具名	基準額	見積額	利用者負担	公費負担				
合計								
上記のとおり確認しました。								
年 月 日				調査者				