

補装具費（購入・修理）支給申請書

		年 月 日	
高砂市 福祉事務所長 様		(障害者又は障害児の保護者)	
		住 所	
		氏 名 ㊟	
		個人番号	
		(障害児との続柄)	
<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	電話番号	
	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	
	個人番号	年 月 日	
身体障害者手帳 障 害 名		手帳番号	第 号
		障害種別	交付年月日
		年 月 日	年 月 日
障 害 等 級		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。	
代理受領の希望		<input type="checkbox"/> 補装具費の受給にあたり、補装具業者による代理受領を希望します。	
支給券の送付先 ※車いす・義肢装具は業者 宛に送付します。 (その他送付先)		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 補装具業者 <input type="checkbox"/> その他	
		送付先住所 氏名	

届 出 者	住所	連絡先	
	氏名	対象者との関係	

届出者は、障害者又は障害児の保護者以外の方が申請する場合にご記入ください。

再支給申出書 兼 収入申告書

年 月 日

補装具再支給にかかる申出書

◇現補装具の状況

- ・ 交付日 平成・令和 年 月 日
- ・ 種別 [] 名称・形式[]
- ・ 消耗・破損・不具合の状況

[]

◇今回給付希望する補装具は、[前回と同じものです・前回と違うものです]

◇同一補装具再支給にかかる申出

私は、障害状況に変化がなく、前回交付された現補装具と同じ処方内容の補装具の再交付を希望します。

(自署) _____ (印)

本人が自署できない場合は家族の代筆及び押印可

収入申告書 《市民税均等割非課税世帯用》

申告者 氏名 _____ (印) (18歳未満の場合は、保護者名)

次のとおり申告します。

1. 世帯状況 (18歳以上は、本人及びその配偶者のみ)

(18歳未満は、住民票上の世帯員全員 (収入のある方))

	氏名	生年月日	続柄
申請者			
世帯員			

2. 収入等の状況 (18歳以上は本人、18歳未満は生計中心者の収入)

	種類	年額
公的年金等		円
特別障害者手当等		円
その他		円

※ 年収 80 万円以下の方で、障害年金・遺族年金等、市民税課税対象とならない収入がある方はその年額が分かる資料 (年金証書・振込通知書・通帳コピー等) を添付してください。

※ 申請する用具の基準額 (加算含む) が 15 万円以下のものについては添付書類を省略することができます。