

補 装 具 費 (購入・修理) 支 給 申 請 書

(あて先) 美祢市福祉事務所長		申請日 年 月 日	
(申請者)			
住 所 :			
氏 名 :			
個人番号 :			
給付対象者(児)との続柄 :			
電話(FAX)番号 : — —			
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。 補装具費の支給(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。			
給付対象者(児)	住 所		
	ふりがな氏名	(個人番号)	
	生年月日	年 月 日	
	障害者手帳番号・等級	県 第 号・ 種 級	
	障害の内容(○で囲む)	視覚障害 ・ 聴覚障害 肢体不自由(上肢 ・ 下肢 ・ 体幹 ・ 脳原性運動機能障害)	
購入・修理を受ける補装具名		修理を要する部位	
希望する業者			
生活保護への移行予防措置に関する認定	☐ 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。		
添付書類	1 所得(課税)証明書…申請された年の1月1日現在、美祢市に住民票がなかった方 2 給付対象者又はその保護者の収入額(年額)がわかるもの…市民税非課税世帯の方 [例] 障害基礎年金・遺族年金等が振り込まれる通帳の写し		

※市記入欄

所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上
給付歴	