

補装具費(購入・修理)支給申請書

年 月 日

長 沼 町 長 様

(申請者)住 所

氏 名

印

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・修理)をいたします。

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					
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。					
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。					
同 意 書 私は、この申請に係る事務を行うため、長沼町が、私及び私と同一世帯に属する者の収入、課税の状況、資産の所有の状況及び生活保護の受給の状況について、住民基本台帳及び税務資料その他の公簿等により調査することに同意します。 年 月 日 氏名 印						

様式第5号(第10条関係)

補装具費代理受領承認申請書

年 月 日

長沼町長 様

住所

氏名

印

補装具費の代理受領を承認いただきたく下記のとおり申請いたします。

記

購入・修理を受ける 補装具名			
希望する 補装具 業者	名称		
	所在地		
	電話		FAX