

補装具費（購入・修理）支給申請書

年 月 日

奥州市福祉事務所長 宛

申請者 住所  
 氏名 ⑩  
 個人番号  
 （対象者との続柄 ）  
 電話番号

次のとおり補装具費（購入・修理）の支給を申請します。  
 補装具費の支給申請（購入・修理）の決定のため、私の世帯に係る住民登録、税務その他の関係資料について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	フリガナ 氏名	(個人番号_____)				
	居住地	〒				
	生年月日	年 月 日	性別	男・女	電話番号	
身体障害者手帳	番号	第 号	交付年月日	年 月 日		
	等級	種 級	障がい名			
疾 病 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病名を記載のこと)					
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 番 号		FAX 番号			
該当する所得区分	生保等・低1・低2・一般・一定所得以上					
生活保護等への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護等への移行予防（自己負担減免措置）を希望します。					

この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 上記の事実関係を確認できる書類（公簿等により確認することができるときは省略することができます。）
- (2) 医師の意見書又は診断書
- (3) 補装具の購入又は修理に要する費用に係る見積書