

会津坂下町補装具費（購入・修理）支給申請書

年 月 日

会津坂下町長 様

申請者（署名又は記名押印）

住 所

氏 名 ㊟

（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。

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。

対 象 者	住 所	□申請者と同じ										
	フリガナ 氏 名	□申請者と同じ							性別	男・女		
	個人番号											
	生年月日	年 月 日（ 歳）					電話	（ ）				
保護者氏名 (対象者が18歳未満の場合)									続柄			
保護者個人番号												
障 が い 等	□ 身 体 障 害 者 手 帳	手帳番号	（ ） 第 号									
		交 付 年 月 日	年 月 日			障害等級	級					
	□ 難病等	証明資料	□特定疾患医療受給者証 □特定疾患登録者証 □診断書 □その他（ ）									
		疾 患 名										
購入・修理等を受ける補装具名												
希 望 す る 補 装 具 業 者	名 称											
	所 在 地											
	電 話	（ ）				F A X	（ ）					
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										
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。										