補装具費支給申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補装具を必要とする者 | 氏　名 |  | 年　齢 |  |
| 生年月日 |  |
| 個人番号 |  |
| 保護者 | 氏　名 |  | 本人との続柄 |  |
| 個人番号 |  |
| 住　所 |  |
| 身体障害者手帳番号 | 　　　第　　　　号（　　種　　級）（　　　年　　月　　日交付）　　　 |
| 障害名又は疾患名 | （障害者総合支援法施行令※に規定する疾患名を記載のこと） |
| 補装具名 |  | 補装具の購入・修理を必要とする部位 |  |
| 希望する補装具業者 |  |
| 該当する所得区分 | 生活保護　・　低所得　・　一　般　・　一定所得以上 |
| 生活保護世帯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。 |
| 申請者住所保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄電話番号令和　　年　　月　　日高知市長　様　次により，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。 |

※印は，「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」の略式名称です。