

補装具費（購入・借受け・修理）申請書

（申請先）茨木市福祉事務所長

申請書記入日

年 月 日

申請者欄につきましては、補装具をご利用になる方が障害児の方の場合には、保護者の方のお名前等をご記入ください。
※押印については自署の場合は不要です。

（申請者）
住 所
氏 名 ⑩
個人番号 （自署の場合は押印不要）
電話番号 対象者との続柄（ ）
電話番号 （ ）

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。
補装具費の支給申請（購入・借受け・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、閲覧すること及び、希望業者が補装具費（公費負担分）を代理受領することを承諾します。

対象者	住所	記入不要					
	フリガナ						
	氏名						
	生年月日						
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	上肢 下肢 体幹 視覚 聴覚 内部 その他（ ）	障害等級	級			
購入・借受け・修理を受ける補装具名							
希望する補装具業者	名称						
	所在地						
	電話番号		FAX				
障害年金・遺族年金等受給の有無	無・有〔障害年金（ ）級・遺族年金・老齢年金〕年額（ ）万円						
該当する所得区分	生活保護・非課税・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	<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。						
備考							