

補装具費(購入・借受け・修理)申請書

年 月 日

(申請先) 茨木市福祉事務所長

(申請者)

住 所

氏 名

⑩

(自署の場合は押印不要)

個人番号

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						
	フリガナ						
	氏名	(個人番号)					
	生年月日	年	月	日	(歳)		
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 内部	下肢 その他 ()	体幹 視覚 聴覚	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							