

補装具費(購入・修理)支給申請書

申請日 年 月 日

(あて先) 長与町長 様

(申請者)
住 所 長与町

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、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき個人番号を利用することと、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	長与町				
	フリガナ					
	氏 名	個人番号:				
	生 年 月 日	年 月 日	性 別		電 話	- -
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	第	都・道 府・県・市 号	交付年月日	昭和・平成 年 月 日	
	障害種別				障害等級	種 級
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	- -	FAX	- -		
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	<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。					