

補装具費支給申請書

年 月 日

匝瑳市長 あて

住 所
氏 名

申請者 個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

続 柄
電 話

下記のとおり、匝瑳市補装具費の支給に関する規則第4条第1項の規定により、補装具費の支給を申請します。

記

対象者	住 所																				
	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 号														
	障 害 種 別						種						障 害 等 級								
疾 患 名	(令に規定する疾患名を記載のこと)																				
購入等を行う 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						ファックス														
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。																				
世帯 状 況	氏 名	個 人 番 号										対象者との 続 柄		備 考							
匝瑳市長 あて 補装具費の支給申請(購入等)の決定のため、私の住民登録資料、税務資料その他について、匝瑳市が公簿等により調査することに同意します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 氏名(自署) 、 氏名(自署) 、 氏名(自署) 氏名(自署) 、 氏名(自署) 、 氏名(自署)																					

備考 氏名を自署することにより、押印を省略することができます。