

# 補装具（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

(あて先)

伊仙町長 殿

(申請者)

住所

氏名

個人番号

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）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。 ㊞

対象者	住 所					
	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日	年 月 日	性別		電話	
	個人番号					
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	鹿児島県 第	号	交付年月日	年 月 日	
	障害種別			障害等級	種 級	
	障害名					
疾 患 名	(障害者の日常生活及び社会生活を日常的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)					
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			F A X		
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上					
世帯判定の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において同一の世帯に属する親、兄弟、子供らの被扶養者となっている。					
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。					