

補装具費（購入・修理）支給申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄
電話番号 ㊟

次のとおり補装具費（購入・修理）の支給申請をします。

対象者	住 所	〒			
	フリガナ	-----			
	氏 名				
	個人番号				
	生 年 月 日	年 月 日	電話番号		
身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障害種別			障害等級	
障 害 名					
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				
	電話番号			F A X	
該当する所得区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得1 <input type="checkbox"/> 低所得2 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 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。				

同意欄	補装具費（購入・修理）の決定のため、私及びその属する世帯の住民登録情報及び課税情報について、各関係機関に対して調査、照会又は閲覧をすることを承諾します。				
	申請者 _____ ㊟				
	世帯員 _____ ㊟ 世帯員 _____ ㊟ 世帯員 _____ ㊟				