

補装具費（購入・修理）支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 長野市長

住 所

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、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、関係機関に調査、照会及び閲覧することを承諾します。

また、この申請に係る補装具費の請求・受領の権限を上記補装具事業者に委任するとともに、本件に関する決定通知を、上記補装具事業者に送付することを承諾します。

対象者	住 所					
	氏 名					
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	性別	男 女	
	電 話	(上記と同じである場合は記入不要)				
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	県・市			第 号	
	交付年月日	昭和・平成・令和	年 月 日			
	障害種別・等級	種 級				
疾 患 名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合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						
希 望 す る 補装具事業者	名 称					
	所 在 地					
	電 話				F A X	
該当する所得区分		生活保護 ・ 市民税非課税 ・ 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。				