

補 装 具 費 支 給 申 請 書

年 月 日

三島市長 あて

住所
 申請者 氏名 (印)
 (対象者との続柄)
 電話番号
 個人番号

次のとおり補装具費の支給申請をします。

対 象 者	フリガナ		性 別	生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名					
	個人番号					
	居 住 地					
	身体障害者 手帳番号	第	号	交付年月日	年 月 日	
	障 害 名			障 害 等 級	級	
購入・修理を受 ける補装具名				購入・修理(どちらかに○)		
補 装 具 事 業 者	名 称					
	所 在 地					
	電 話		FAX			
所得区分	生活保護 ・ 低所得 1 ・ 低所得 2 ・ 一般 ・ 一定所得以上					
世帯範囲の特例に 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、障害者が同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。					
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。					

(注)

- この申請書には、見積書、当該障害者等の前年分の収入額が分かる書類を添付すること。
- 必要に応じて医師の意見書を添付すること。
- 世帯範囲の特例に関する認定を申請する時は、税制上の扶養控除対象でないことがわかる書類(源泉徴収票等)及び健康保険被保険者証の提示をすること。

補装具費の支給の決定に際し、所得及び課税状況について地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

氏 名 (印)