補装具費（購入・修理）支給申請書

令和　　　年　　　月　　　日

川西市長　宛

〒　　　　―

(障害者) 住所　　川西市

ふりがな

氏名 ※自署又は記名押印

個人番号

生年月日 Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　　年　　月　　日生

電話番号 （　　　　）　　　　―

(申請者氏名) 続柄

　個人番号

　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。

　補装具費の支給が決定した場合、当該費用については補装具業者に直接支払ってください。

　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、各関係機関に

調査、照会、閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳 | 都　道  府　県 | | 号 | 昭和  平成 | 年　　月　　日交付 | |
| 介護保険の有無 | □対象外 | □第1号被保険者（65歳以上） | | | □ | 第2号被保険者  （40～65歳までの医療保険加入者） |
| 障　害　名 | （　　　級） | | | | | |
| 購入・修理を受ける  補装具名 |  | | | | | |
| 修　理　部　位 |  | | | | | |
| 希望する補装具業者 | 電話（　　）　　- | | | | | |
| 該当する区分 | 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 | □生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 | | | | | |
| 備　　考 |  | | | | | |