

大網白里市補装具費（ ）支給申請書

年 月 日

(あて先) 大網白里市福祉事務所長 様

居住地

申請者 氏名

個人番号

対象者との続柄

電話

次のとおり補装具費の支給申請（ ）をいたします。

補装具費の支給申請（ ）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。

対 象 者	住 所					
	フリガナ 氏 名	(個人番号)				
	生 年 月 日	年 月 日	性 別		電 話	
身 体 障 害 者 手 帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	交 付	
	障 害 種 別				障 害 等 級	
障 害 名						
購入・借受け・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					
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。					

大網白里市補装具費支給調査書

申請年月日		年 月 日		申請者氏名			
対象者	居住地						
	フリガナ氏名						
	生年月日		年 月 日		性別		電話
世帯員の状況	氏名		年齢	対象者との続柄	課税状況		備考
					課税区分	市民税所得割	
非課税世帯	氏名		所得		障害年金	手当	合計
			円		円	円	円
			円		円	円	円
			円		円	円	円
			円		円	円	円
			円		円	円	円
世帯区分		1. 生活保護 (2. 低所得1 3. 低所得2) 4. 一般 5. 一定所得以上					
基準額		見積額		利用者負担額		公費負担額	
円		円					
月額負担上限額							
		円		円		円	
用具名		基準額	見積額	利用者負担	公費負担		
		円	円	円	円		
合計		円	円	円	円		
上記のとおり確認しました。							
年 月 日							
調査者							