

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									