

# 記入例

令和 年 月 日

(宛先) 高松市長

申請者 住所 高松市 ○○町 ○○番地○○

氏名 高松 一郎

対象者が  
18歳以上：本人名義  
18歳未満：保護者名義

対象者との続柄 本人

電話番号 ○○○-○○○○-○○○○  
(平日の日中に連絡可能な番号)

補装具費(購入・修理)支給申請書

どちらかに丸を付けて下さい。

次のとおり補装具費の支給申請(購入・修理)をします。

なお、補装具費の支給申請(購入・修理)に対する決定のため、公簿等により私及び世帯員の所得及び課税状況を確認されることを承諾します。

また、生活保護の受給の有無について確認されることを承諾します。

対象者	住所	〒 ○○○-○○○○ 高松市 ○○町 ○○○番地 ○○													
	フリガナ氏名	タカマツ イチロウ 高松 一郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	電話番号	○○○-○○○○-○○○○	生年月日	○○年○月○○日											
身体障害者手帳の番号及び交付日 障害名又は難病疾患名	高松市 第 ○○○号 (平成○○年○○月○○日交付) 手帳の「障害名」の欄を写してください														
配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	対象者が18歳以上の場合、どちらかを選択してください。 有の場合、世帯の状況欄に配偶者の記載が必要です。													
世帯の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	個人番号	年度市町村民税 均等割 所得割										
	高松 一郎	本人			記入しない ください。										
	高松 花子	妻	S30.4.5	123456789013											
世帯の状況欄について、対象者が18歳以上の場合、対象者と配偶者(配偶者がいる場合)のみを記入。 対象者が18歳未満の場合は、世帯員全員を記入。															
購入・修理を受ける補装具名	(例) 車椅子 等														
希望する補装具業者名	(株)○○○○○														
該当する所得区分	1 生活保護 2 低所得 3 一般 4 一定所得以上														
生活保護への移行予防措置に関する認定の希望	<input type="checkbox"/>	記入しないでください。													
備考															