

令和 年 月 日

(宛先) 高松市長

申請者 住所
氏名
対象者との続柄
電話番号

補装具費(購入・借受け・修理)支給申請書

次のとおり補装具費の支給申請(購入・借受け・修理)をします。

なお、補装具費の支給申請(購入・借受け・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	〒																	
	フリガナ氏名			個人番号															
	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		第 号 (年 月 日交付)																	
配偶者の有無		<input type="checkbox"/> 有 対象者が18歳以上の場合、どちらかを選択してください。 <input type="checkbox"/> 無 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														
		本人			均等割	所得割													
					有・無														
					有・無														
					有・無														
購入・修理を受ける補装具名																			
希望する補装具業者名																			
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"/> 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																			

職権	窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 障がい福祉課窓口 <input type="checkbox"/> () 総合センター・支所・出張所 <input type="checkbox"/> 郵送															
	<input type="checkbox"/> 対象者本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード/住民票 <input type="checkbox"/> 身分証明書(写真付)/公的証明書2点														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 代理人(保護者含む)	<input type="checkbox"/> 対象者本人の個人番号カード/通知カード/住民票(写しで可) <input type="checkbox"/> 委任状/戸籍謄本/登記事項証明書/その他 <input type="checkbox"/> 代理人の身分証明(写真付)/公的証明書2点															
	上記以外の番号確認	<input type="checkbox"/> 申請書記載済	<input type="checkbox"/> 個人番号カード/通知カード/住民票														