

補装具費(購入・借受け・修理)支給申請書

申請日		年	月	日
松浦市福祉事務所長 様				
(申請者)				
住 所				
氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>				
個人番号				
対象者との続柄				
電 話				
<p>下記のとおり補装具費の支給申請(購入・借受け・修理)をいたします。</p> <p>補装具費の支給申請(購入・借受け・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。</p>				
対象者	住 所			
	フリガナ 氏 名	(個人番号 )		
	生年月日	年	月	日
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	第	号	交付年月日
	障 害 種 別			障 害 等 級
疾患名		(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)		
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			FAX
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		<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。		
補装具費支給方法 確 認 欄		<input type="checkbox"/> 償還払い方式を選択します。(補装具費の購入等に係る費用全額を事業者に支払い、後日松浦市から自己負担額を除いた補装具費が支給される) <input type="checkbox"/> 代理受領方式を選択します。(自己負担額のみ事業者に支払い、補装具費は事業者が利用者に代わって松浦市に請求・受領する)		

備考 押印すべき者が氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

## 調 査 書

申請年月日		年 月 日	申請者氏名			
対象者	住 所					
	氏 名					
	生年月日	年 月 日	電話番号			
世帯員の状況	氏 名	続柄	課税状況		備 考	
			課税区分	市民税所得割 (円)		
		本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税			
			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税			
			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税			
			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税			
			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税			
			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税			
	非課税世帯の場合	氏名	所得 (円)	年金 (円)	手当等 (円)	合計 (円)
世帯区分	1. 生活保護 2. 市町村民税非課税世帯 3. 市町村民税課税世帯 4. 最多納税者の市町村民税年間所得割が一定額以上 (制度対象外)					
基準額	見積額	利用者負担額		公費負担額		
円	円	円		円		
月額負担上限額						
円	円					
上記のとおり確認しました。						
年 月 日			調査者			