

土佐清水市補装具費（購入・修理）支給申請書

# 記入例

提出日を記入して下さい。

申請日 年 月 日

土佐清水市福祉事務所長 様

本人若しくは代理の方(本人が記入しない場合)の  
ことについて記入して下さい。

(申請者)

住所

氏名

印

個人番号

対象者との続柄

電話

障害者本人について  
記入して下さい。

補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。

補装具費の支給申請（購入・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。

対象者	住所					
	フリガナ				個人番号	
	氏名					
	生年月日	年	月	日	性別	電話番号

支給を希望する補装具名を記入して下さい

手帳名

手帳番号	第 号	交付年月日	年	月	日
障害種別				障害等級	種 級

購入・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	

補装具の購入を希望する業者名を記入して下さい。

特例  
に関する認定

- 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。
1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。
  2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。

生活保護への移行予防措置に関する認定

- 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。