

年 月 日

当別町長 様

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請者	住 所	
	氏 名	
	対象者との続柄	

次のとおり補装具費の支給を申請します。
なお、利用者負担上限額確認のため、必要があるときは、申請者及び世帯員の課税・所得状況について、確認（照会）されることに同意します。

対象者	住 所				
	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
	個人番号				
身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障害種別		障害等級	種 級	
	障 害 名				
疾 病 名					
購入・借受け・修理を受ける補装具名					
判 定 予 定 日	年 月 日				
希望する補装具業者	名 称				
	所 在 地				
	電 話 番 号				
該当する所得区分に「○」をつけて下さい。		1 生活保護受給世帯			
		2 市町村民税非課税世帯に属する者			
		3 市町村民税課税世帯			
生活保護への移行予防措置に関する認定。希望する場合は「○」をつけて下さい。		生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置）を希望します。			
世帯範囲の特例に関する認定。希望する場合は「○」をつけて下さい。		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、障がい者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。 2 医療保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。			