

## 補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

令和      年      月      日

（宛先）高森町長

（申請者）

住 所

氏 名

個人番号

対象者との続柄

電 話

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。

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。

また、この申請に係る補装具費の請求・受領の権限を下記補装具事業者に委任するとともに、その委任状及び補装具費支給券を、下記補装具事業者に送付することを承諾します。

対象者	住 所	高森町						
	フリガナ 氏 名							
	個人番号							
	生年月日	S・H・R	年	月	日	性別	男 ・ 女	
	電話番号	-	-			年齢	満 歳	
身体障害者手帳	手帳番号	県・市 第      号			交付年月日	S・H・R      年      月      日		
	障害種別				障害等級	級		
障がい名								
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							
	電話番号	-	-			F A X	-	-
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								