補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日　令和　　年　　月　　日

申　請　者　（１８歳未満の場合、保護者）

江田島市長　　様

住　　所

氏　　名

個人番号

（本人以外の場合、対象者との続柄）

電　　話

次のとおり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 氏　名	個人番号（　　）			
	生年月日	年　月　日	電　話		
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	種	障害等級	級
障害名					
疾患名					
購入・借受け・修理を受ける補装具名			修理を要する箇所等		
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		□　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。			

来場者確認方法　□各種免許証　□健康保険証　□その他（　　）

親族以外の場合（氏名　　連絡先　　）　確認者　　印