

## 補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日						
(宛先) 鈴鹿市社会福祉事務局長						
(申請者) 〒 _____						
住所 鈴鹿市 _____						
氏名 _____ 対象者との続柄 ( _____ )						
(個人番号: _____)						
電話 _____						
<p>下記のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。</p> <p>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。</p>						
対象者	住所	鈴鹿市		電話		
	フリガナ			性別	男・女	
	氏名	個人番号:				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		年齢	歳	
身体障害者手帳		手帳番号	第 _____ 号			
		交付年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		障害等級	級
		障害名				
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・修理をうける補装具名		<input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
希望する業者名		<input type="checkbox"/> 別紙見積書のとおり <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
施設への入所状況		1 入所している (施設名: _____) 2 入所していない				
病院等への入院状況		1 入院している ( _____ 年 月 日に _____ を退院予定) 2 入院していない				
市民税の所得割額※		世帯に所得割額 46 万円以上の課税対象者が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない (上記「いる」に該当する場合は、補装具費支給の対象外となります。)				
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。				

※対象者が 18 歳以上の場合のみ回答してください。世帯の範囲は対象者及びその配偶者です。