

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

(あて先) 南越前町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

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・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	性 別		電 話	()	
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	福井県第	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			
該当する所得区分		生活保護 ・ (低所得 1 ・ 低所得 2) ・ 一般 ・ 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。							
備 考									

* 添付書類：身体障害者手帳の写し