

補装具費(購入・修理)支給申請書

平成 年 月 日

津山市社会福祉事務所長 殿

(申請者)

住 所	
氏 名	(印)
<small>対象者との続柄</small>	
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				個人番号		
	氏 名						
	生年月日	<small>明治 昭和</small> 年 月 日	性別	男・女	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				障害等級	級	
	障害名						
疾患名		<small>(特定医療費(指定難病)受給者証又は診断書添付のこと) (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)</small>					
要介護認定の有無	有・無	要介護度	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2				
特定疾病の有無	有・無	有の場合は、下欄の該当する疾病名の番号に○を付してください。					
1	がん末期	2	関節リウマチ	3	筋萎縮性側索硬化症	4	後縦じん帯骨化症
5	骨折を伴う骨粗しょう症	6	初老期における認知症	7	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病	8	脊髄小脳変性症
9	脊柱管狭さく症	10	早老症	11	多系統萎縮症	12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
13	脳血管疾患	14	閉塞性動脈硬化	15	慢性閉塞性肺疾患	16	両側のしつ関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
購入・修理を受ける補装具名							
判定予定日	平成 年 月 日						
希望する補装具業者名	名 称						
	所在地						
	電 話			FAX			
該当する所得区分	生活保護・低所得・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	<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。						
補装具費支給方法	償還方式			代理受領方式			