

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

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										
	生年月日	明治昭和	大正平成	年	月	日	性別	男・女	電話	— —	
身体障害者手帳	手帳番号	県 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		(特定疾患医療受給者証又は診断書添付のこと)									
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 進行性核上性麻ひ、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		☐ 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				