

補装具費支給認定申請書 (購入・修理)

年 月 日			
(宛先) 秦野市福祉事務所長			
(申請者) 住 所 秦野市 氏 名 対象者との続柄 電 話 ()			
対象者	住 所	同上 ・	
	フリガナ		
	氏 名	同上 ・	
	生年月日	T・S・H 年 月 日	
障害者手帳		手帳番号	神奈川県・ 都・道府・県 第 号
		交付年月日	S・H 年 月 日交付
		障害内容	肢体不自由 (上肢・下肢・体幹) 聴覚障害・視覚障害 その他 ()
		障害等級	級
補装具名			
補装具業者	名 称		
	所在地		
	電 話		FAX
該当する所得区分		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得 <input type="checkbox"/> 一般	
世帯範囲の特例に関する認定		<input type="checkbox"/> 次のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。	
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。	