

補装具費（購入・修理）支給申請書

平成 年 月 日

府中市福祉事務所長

申請者 住 所

氏 名 ⑩

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

対象者との続柄

電話・FAX ()

補装具費（購入・修理）の支給を受けたいので、次のとおり申請します。
 なお、本申請に際して必要があるときは、申請者及びその属する世帯の所得に関する事項等について、市が管理する公簿等で確認することに同意します。

対象者	住 所	〒																		
	フリガナ 氏 名	生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日	性別											
		(歳)	個人番号																	
身体 障 害 者 手 帳	手帳番号 ・ 等級	東京都 () 第 号 種 級																		
	交 付 年 月 日	※ 最新の日付を記入してください。 昭和・平成 年 月 日 交付・再交付・更新																		
	障 害 名	※ 申請する補装具に係る障害について記入してください。																		
疾 患 名	※ 障害者総合支援法施行令に規定する疾患名を記入してください。 ※ 身体障害者手帳を所持していない難病の方のみ記入してください。																			
購 入 ・ 修 理 す る 補 装 具 名	(年 月 日交付分 作り替え 修 理)																			
申 請 理 由																				
補 装 具 業 者	名 称											電 話	()							
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。																			

必要書類…①見積書（宛名は「府中市長」になります。） ②意見書（申請内容によっては不要）
 ③課税・非課税証明書（市が管理する公簿等で確認できる場合は不要）又は生活保護受給証明書

市記入欄	該当する所得区分	生活保護・低所得・一般1・一般2	宛名番号						
	判定 年月日	年 月 日 : ~	送付先	〒 本所 ・ 多摩支所					