

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

柏市長 太田和美

申請者	住 所												
	氏 名												
	個人番号												
	対象者との続柄												
	電話番号												

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。

補装具費の支給申請（購入・借受け・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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と同じ場合、生年月日のみ記載してください。												
	住 所												
	フリガナ 氏 名												
	個人番号												
	生年月日	年 月 日			電話番号								
身 体 障 害 者 手 帳 障 害 名	手帳番号												
	交付年月日	年 月 日			障害種別・等級								
疾患名	(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)												
購入・借受け・修理 を受ける補装具名													
判定予定日	年 月 日												
希 望 す る 補 装 具 事 業 者	名 称												
	所在地												
	電話番号				FAX								
該当する所得区分													
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。												

- 生活保護の受給 有・無
- 生活保護受給証明書を添付します（生活保護世帯の場合）
- 市町村民税の額を確認できる書類を添付します（転入等により柏市で課税状況を確認できない場合）
- 補装具費自己負担金について、柏市補装具費自己負担金助成規則により助成されるように申請します