補装具費支給申請書・補装具費自己負担金助成申請書（ 児童 ）

令和　　年　　月　　日

柏市長　太　田　和　美　あて

保護者氏名

個人番号：別紙のとおり

住　所

TEL(FAX)

□補装具費の支給を受けたいので，次のとおり申請します。
□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申請します。

対象児氏名	個人番号：別紙のとおり	生年月日	年　月　日
住　所			
身体障害者手帳	第　　号　（　種　級）　　年　月　日交付		
障害名又は疾病名			
希望する補装具の名称	（ 購入・借受け・修理 ）		
修理を要する部位			
希望する事業者名	※見積書を添付してください。 □見積書後日		

〈備考〉
※医師の意見書を添付してください。（修理をのぞく）

※施設入所の場合：施設名

世帯調書

生活保護の受給　　有・無
□生活保護への移行予防（定率負担減免措置）の希望

□ 負担上限月額を決定するにあたり，世帯状況，課税状況，収入状況，その他必要な事項に関して調査を行うことに同意します。
□ 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)
□ 生活保護受給証明書を添付します。　(生活保護世帯の場合)

	氏名	生年月日	続柄	市民税（柏市記入欄）	
				所得割	均等割
世帯員			本人		