

補装具費(購入・修理)支給申請書

中川村長 様

申請日 令和 年 月 日

(申請者)

住所 中川村 大草・片桐・葛島 番地

氏名
対象者との続柄
電話
個人番号

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	長野県		
	フリガナ 氏名			個人番号
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日	性別: 男・女	電話:0265-88-
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	長野県 第 号	交付年月日: 年 月 日	
	障害種別			障害等級: 種 級
購入・修理を受ける補装具名				
判定予定日		令和 年 月 日(記入不要)		
希望する 補装具業者	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		<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。		

※ 添付書類【補装具の見積書、その他必要な書類(医師の意見書、処方箋、採型表など)】

村記入	費用額	円	本人負担額	円	村負担額	円
-----	-----	---	-------	---	------	---