

補装具費(購入・借受け・修理)支給申請書兼調査書

※ 太枠内の記入をお願いします。

対象者	氏名				性別	男・女		
	住所							
	個人番号	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
	生年月日	年 月 日 (歳)			等級	種 級		
	手帳番号	県 号		交付年月日		年 月 日		

障害名

補装具名			希望業者名		
------	--	--	-------	--	--

疾患名
(障害者総合支援法施行令に規定する疾患名を記載すること。)

世帯員の状況	氏名(本人含む)	続柄	身障手帳所持	職業	非課税世帯 低1・低2	市町村民 税課税の有無	前年度の 所得税の有無	世帯主 (○) 世帯の最 多収入者 (△)	
				有・無					
				有・無					
				有・無					
				有・無					
				有・無					
				有・無					
生活保護受給状況		有・無			低1・低2	非課税世帯 課税世帯	非課税世帯 課税世帯	本人世帯 主 本人最 多 収入者	

市民税非課税世帯 (申請者)	所得 円	障害年金 円	手当 円	合計 円
-------------------	---------	-----------	---------	---------

私は、上記のとおり、補装具費(購入、借受け又は修理)の支給を申請します。

なお、この申請にともない、補装具費支給決定に必要な私の世帯(同一の住民票に属するもの)の次の事項について、関係部署、官公署、関係機関等に甲府市福祉事務所長が調査することに同意します。

同意する調査事項

補装具費支給決定に係る所得・収入状況、障害者年金等の受給状況、住民票・健康保険証による世帯状況、その他必要な事項

また、私(障害者又は保護者)の受け取る補装具費の支給について、今回申請した補装具を購入し、借り受け、又は修理する補装具製作者を代理人として代理受領を行うことを委任します。(利用者負担は補装具製作者に支払います。)

(あて先)甲府市福祉事務所長	
年 月 日	
申請者	住所 〒
	氏 名 印
	電話番号