

様式第27号（第14条関係）

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

		申請日		年	月	日
(宛先)		伊勢市厚生福祉事務所長				
		(申請者)				
		住所				
		氏名				
		個人番号				
		対象者との続柄				
		電話				
次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、照会又は閲覧をすることを承諾します。						
対 象 者	住	所				
	フリガナ				個人	
	氏名				番号	
	生年月日	年	月	日	電話	
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	第	号	交付年月日	年	月 日
	障害種別				障害等級	
疾 病 名						
<small>（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で定める疾患名を記載のこと。）</small>						
購入・借受け・修理 を受ける補装具名						
判 定 予 定 日						
希望する 補 装 具 業 者	名 称					
	所 在 地					
	電 話				F A X	
該当する所得区分		生活保護・低所得・一般・一定所得以上				
世帯範囲の特例に 関 する 認 定		<input type="checkbox"/> 次のいずれにも当てはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。				
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。				