

補装具費給付申請書

年 月 日

(宛先)

枚方市福祉事務所長

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ (印) (続柄)

連 絡 先 _____

関係書類を添えて、次のとおり補装具費支給を申請します。支給費の受領については、補装具の販売等事業者に委任します。なお、支給決定のため、私の世帯の住民登録資料、課税資料、生活保護支給資料その他について、各関係機関に照会し、閲覧することに同意します。

対 象 者	フリカ`ナ		生年月日	年	月	日	歳
	氏 名						
	個人番号		連 絡 先				
	居 住 地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 枚方市					
	障害者手帳番号	<input type="checkbox"/> 別添のとおり					
	現在、生活保護を受給されていますか？	はい ・ いいえ					
	介護保険の介護度認定を受けていますか？	はい ・ いいえ					
	今月、補装具費支給申請をされたご家族はいますか？	はい ・ いいえ					
	現在、病院に入院していますか？ 「はい」の場合、退院見込はいつですか？	はい ・ いいえ 退院見込 (/ 頃)					
現在、施設に入所していますか？ 「はい」の場合、施設名を記入してください。	はい ・ いいえ 施設名 ()						
申請する補装具	① 交付・借受け・修理						
申請する補装具	② 交付・借受け・修理						
申請する補装具	③ 交付・借受け・修理						
購入等する補装具の 製造業者名及び販売業者名等	<input type="checkbox"/> 見積書のとおり						
備 考 欄							
世帯の状況 (18歳以上の方は配偶者、18歳未満の方はその属する世帯全員の記入をお願いします。)							
続柄	氏 名	生年月日	個人番号	所得区分			
本人	(印)	年 月 日	同上	生・非・均・所			
	(印)	年 月 日		生・非・均・所			
	(印)	年 月 日		生・非・均・所			
	(印)	年 月 日		生・非・均・所			