様式第19号（第33条関係）

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　　（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	フリガナ		生年月日	年　　月　　日　　歳
	氏　名			
	個人番号		連絡先	
	居住地	□ 申請者に同じ 枚方市		
	障害者手帳番号			
	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	
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		年　月　日		生・非・均・所
		年　月　日		生・非・均・所
		年　月　日		生・非・均・所
		年　月　日		生・非・均・所