

補装具費支給（購入・修理）申請書

鶴田町長 相 川 正 光 殿		申請日		年	月	日
		(申請者)		住所		
				鶴田町大字		
		氏 名	(印)		
		個人番号			
		対象者との続柄			
		電 話			
<p>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。</p>						
対 象 者	住 所	鶴田町大字				
	フリガナ 氏 名 (個人番号)				
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男・女	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	
購入・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			FAX		
該当する所得区分		生活保護 ・ (低所得1 ・ 低所得2) ・ 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。				