|  |
| --- |
| 補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書 |
| 申請日　　年　　月　　日　川南町長　様（申請者）住　所氏　名　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄〔　　　　〕電　話下記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、閲覧することを承諾します。 |
| 対　象　者 | 住所 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 | （個人番号　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　年 　月 　 日 | 性別 |  | 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 |  |
| 疾患名 | (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に規定する疾患名を記載のこと。) |
| 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 |  | ＦＡＸ |  |
| 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 | □　下記のいずれにもあてはまるため、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 | □　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 |

（**様式第２９号）**

同　　意　　書

　本申請の支給決定、負担額決定等に際し必要がある時は、私及び私の世帯員

に係る所得及び課税の状況について実施機関が官公署に調査を委託し、または

地方税法に基づく町県民税の課税台帳、固定資産税の課税台帳により確認され

ることについて同意します。

川南町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

様式第２９号