

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 令和 年 月 日

与謝野町長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

個人番号

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	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	種 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						
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(障害基礎年金1級等) ・低所得2(その他) ・一般(所得割16万円未満) ・一般(所得割16万円以上) ・一定所得以上					
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 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	<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。					
与謝野町障害者福祉サービス等利用支援事業費	私は、与謝野町と京都府が協調して実施する障害者福祉サービス等利用支援事業費補助金の適用を申請します ・ 申請しません (いずれかに○をしてください。記載のない場合は、申請したものとみなします。) なお、この制度を利用するにあたっては、京都府又は与謝野町が私及び私の世帯の所得状況、課税状況等の個人情報を確認することに同意します。					