

第1号様式（第3条関係）

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

年 月 日

調布市長 宛

申請者（児童の場合は保護者氏名）

住所 _____
フリガナ _____
氏名 _____
個人番号 _____
電話・Fax _____

次のとおり補装具費（購入・借受け・修理）の支給を申請します。

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、照会及び閲覧することを承諾します。

対象者 <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	住所	電話・Fax		
	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日		
	個人番号			
身体障害者手帳		手帳番号	号	交付年月日 年 月 日
障害名		種 級 障害名		
購入等を受ける 補装具名				
申請理由				
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		<input type="checkbox"/> 生活保護等 <input type="checkbox"/> 区市町村民税非課税 <input type="checkbox"/> 区市町村民税課税 { <input type="checkbox"/> 一定所得未満 <input type="checkbox"/> 一定所得以上 }		
生活保護等への移行予防 措置に関する認定		<input type="checkbox"/> 生活保護等への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。		

※1 この表において「生活保護等」とは、生活保護及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定による支援給付をいいます。

※2 この表において「一定所得未満」とは、生活保護等、区市町村民税非課税及び一定所得以上以外の場合をいいます。

※3 この表において「一定所得以上」とは、世帯の中に区市町村民税の所得割額が46万円以上の方がいる場合をいいます。その場合は、補装具費の支給の対象外となります。

調布市補装具費利用者負担額軽減事業の利用を、申請します。

申請者氏名