

補装具費(購入・修理)支給申請書兼同意書

藤沢市長		申請日		年		月		日	
		(申請者 ※対象者本人(対象者が18歳未満の場合はその保護者))							
		住 所							
		氏 名				続柄			
		個人番号							
		電 話 ()							
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。									
対象者	住所	☐ 申請者と同じ							
	フリガナ	☐ 申請者と同じ				電話		☐ 申請者と同じ	
	氏名								
	個人番号	☐ 申請者と同じ							
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日				年齢		歳	
身体障がい者手帳	手帳番号	神奈川県 第 号		交付年月日		昭和・平成・令和 年 月 日交付			
		()		障がい等級		級			
	障がい名	肢体不自由(上肢・体幹・下肢)・聴覚・視覚・音声言語・内部()							
疾患名		(障がい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)							
補装具名称		購入・修理							
希望する業者	名称								
	所在地					連絡先			
補装具の申請に関する同意書兼世帯状況届出欄									
対象者及び申請者の住民票上の世帯構成員は下記のとおりです。また、署名又は記名・押印をした者は当該事業適用期間中は、支給に係る所得区分の確認のため、必要とする年度の市民税情報及び生活保護受給情報を市長が利用することに同意します。									
※同意されない方は、当該年度の所得(課税)証明書等を添付していただきます。									
※1月1日(申請の時期が1月～6月の場合は前年の1月1日)の住所が藤沢市にない方については、1月1日に住民登録があった住所地で発行する市区町村民税額が確認できる証明書等を提出していただく場合があります。									
氏名		押印欄	生年月日	続柄等	氏名		押印欄	生年月日	続柄等
			大 平 昭 令	対象者 本人				大 平 昭 令	
			大 平 昭 令					大 平 昭 令	
			大 平 昭 令					大 平 昭 令	
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。							
該当する所得区分		生活保護・非課税・一般・一定所得以上							
※収集した個人情報、他の目的に使用されることはありません。									
申請書提出者		☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)							
氏 名						申請者との関係			
住 所		〒							
電話番号									