

補装具費支給申請書

申請日 令和 年 月 日

立川市長 殿

(申請者)

住 所

---

氏 名

---

個人番号

---

対象者との続柄

---

電 話 ( )

F A X

次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にかかる利用者負担額の算定のために必要な事項について、公募等により確認されることに同意します。

対象者	住所	申請者と同じ <input type="checkbox"/> ※申請者と同じ場合は、住所・氏名・電話番号・個人番号は記入不要です。			
	フリガナ	電 話	( )		
	氏 名	F A X			
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	性 別	男 女	
	他制度適用	介護保険 無 ・ 有(区分: )	労災	無 ・ 有	
身体障害者手帳	手帳番号	東京都 ・ 第 号	交付年月日	年 月 日 交付	
	障害種別	肢体 ・ 視覚 ・ 聴覚 ・ 音声言語 ・ 内部		障害等級	種 級
	障 害 名				
難病患者等	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の名称					
希望する補装具業者	名 称				
	住 所				
	電 話	(FAX)			
該当する所得区分	生活保護 ・ 非課税 ・ 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。				