

中野市補装具費（購入・修理）支給申請書

令和 年 月 日

中野市長 あて

(申請者)

住 所

氏 名

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・修理）をいたします。

補装具費の支給申請（購入・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	居 住 地						
	フリガナ氏名						
	生 年 月 日	年	月	日	電話	()	
	個 人 番 号						
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		
購入・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	()		F A X	()		
該当する所得区分		生活保護・(低所得1・低所得2)・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。					