

様式第35号(第22条関係)

補装具費(購入・借受け・修理)支給申請書

年 月 日

伊達市健康福祉部長

(申請者)
住所
氏名
対象者との続柄
電話番号

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。

対象者	住 所	伊達市 町 番地			
	ふりがな 氏 名	個人番号:			
	生年月日	年 月 日			
身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障がい種別		障がい等級	級	
	障がい名				
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					
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	1. 生活保護 2. 低所得 3. 一般 4. 一定所得以上				
生活保護への移行予防措置に関する設定					

同意書

補装具の支給申請(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。

申請者(又は世帯主)