

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日									
琴浦町長様									
(申請者) 住所 氏名 対象者との続柄 電話									
<p>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。</p>									
対象者	住所		〒						
	フリガナ氏名								
	生年月日		年 月 日		性別		電話		
	個人番号								
身体障害者手帳 障 害 名		手帳番号	鳥取県 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				FAX				
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（自己負担減免措置）を希望します。							