

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

(あて先) 千葉市長

(申請者)

住所

氏名

(※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

対象者との続柄

連絡先電話番号

— —

F A X

— —

連絡先電子メールアドレス

@

下記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。

対象者	住所												
	フリガナ												
	氏名												
	生年月日	年	月	日	性別		個人番号						
	連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					F A X	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	連絡先電子メールアドレス	@										<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
身体障害者手帳等	手帳番号	第	号	交付年月日	年	月	日						
	障害種別	種		障害等級	級								
	障害名												
対象となる疾患名	(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						F A X						
該当する所得区分	<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> 一般			<input type="checkbox"/> 一定所得以上				
対象者が属する世帯の状況	氏名						氏名						
	個人番号						個人番号						
	氏名						氏名						
	個人番号						個人番号						
	氏名						氏名						
	個人番号						個人番号						
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。												

この申請にあたり、利用者負担額の算定のため、対象者（対象者が障害児の場合は保護者）が属する世帯の市民税の課税状況及び所得の状況について、千葉市が必要な範囲で調査・確認することに

1 同意します 2 同意しません (いずれかに○をしてください)

また、これらを調査・確認されることについて、世帯員の承諾を得ています。

なお、当該身体障害者等の「属する世帯」とは

①対象者が18歳以上の障害者である場合は、障害者本人及び配偶者になります。

②対象者が18歳未満の障害児である場合は、生計中心者を含め世帯全員になります。