

補装具費支給（ 購入 ・ 修理 ） 申請書

申請日 年 月 日

福津市長 殿

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、対象者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	住 所	福津市			
	フリガナ			性別	男 ・ 女
	氏 名				
	個 人 番 号				
	生 年 月 日	T・S・H・R	年 月 日	電 話	（ ）
身体障害者手帳	手帳番号	（ ）	都・道・府・県（市）	第	号
	交付年月日	S・H・R	年 月 日	等 級	級
	障 害 名				
購入・修理を受ける補装具名					
希望する補装具業者					
該当する所得区分 （該当番号を○で囲んでください）	① 生活保護	生活保護受給世帯			
	② 低所得	市民税非課税世帯			
	③ 一般	市民税課税世帯で、本人または世帯員のうち、市民税所得割の最多納税者の納税額が46万円未満			
	④ 一定所得以上	市民税課税世帯で、本人または世帯員のうち、市民税所得割の最多納税者の納税額が46万円以上（※）			
本人の年金の種類等 （②、③に該当する場合）	無	有（ 種類： 障害年金・遺族年金・その他 ）			

（※）④に該当する場合は支給対象外