

補装具費(購入・修理)支給申請書

年 月 日

(申請先)中 能 登 町 長

(申請者)住 所 中能登町

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)のため、個人番号に基づき、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・閲覧することを承諾します。

対象者	住 所	中能登町					
	フリガナ		個 人 号				
	氏 名		個 人 号				
	生年月日	年 月 日	性 別	男・女	電 話		
身体障害者手帳名	手帳番号	第 号	交 付 年 月 日	年 月 日			
	障害種別	種 級					
	障害名						
■対象者の配偶者の氏名と個人番号 (対象者が18歳以上) ■対象者の世帯全員の氏名と個人番号 (対象者が18歳未満)	氏名		続柄		個人番号		
			続柄				
			続柄				
			続柄				
			続柄				
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						
	住所						
	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						
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親・兄弟・子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親・兄弟・子供等の扶養となっていない。						
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。						

【事務処理欄】

■身元確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 1 点 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 他()	■代理権 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証など <input type="checkbox"/> 本人の障害者手帳 <input type="checkbox"/> 他	■本人の個人番号 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> マイナンバー付住民票 <input type="checkbox"/> 他	■確認者 () 課
2 点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 他			()