

補装具費(購入・修理)支給申請書

どちらかにチェックを付けてください。

水戸市長 様

(申請者)  
住所  
氏名

電話  
個人番号

申請日 年 月 日

補装具を利用する方が  
①18歳以上：ご本人様  
②18歳未満：保護者様  
を記入してください。

対象者との続柄  
日中連絡の取れる電話番号

次のとおり補装具費の支給を申請します。

補装具費の支給申請の決定のため、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。

対象者	住所			
	フリガナ氏名	補装具を利用する <b>ご本人様</b>	個人番号	ご本人様の個人番号
	生年月日	年 月 日	電話	

障害者手帳 障害名	手帳番号	第 号	交付年月	年 月 日
	障害種別			障害等級
	障害名			

難病等 疾病名	<b>難病等，厚生省の定めた疾病も対象となります</b> (一覽参照)
------------	-------------------------------------

購入・修理を受ける 補装具名	申請する <b>補装具の種類</b>
-------------------	--------------------

判定予定日	
-------	--

希望する 補装具業者	名称			
	所在地			
	電話		F A X	

水戸市と契約している補装具業者に限ります。

該当する所得区分	生活保護・低所得・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(定率負担減免措置)を希望します。
----------------------------	--