

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

|                                                                                                                   |             |                                                      |  |                                                                                                                 |       |              |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-----|
| 水戸市長 様                                                                                                            |             |                                                      |  | 申請日                                                                                                             |       | 〇〇年××月△△日    |     |
| <div>補装具を利用する方が<br/>①18歳以上の場合：ご本人様<br/>②18歳未満の場合：保護者様の<br/>情報を記入してください。<br/>電話番号は、日中連絡の取れる<br/>番号を記入してください。</div> |             |                                                      |  | <div>(申請者)<br/>住 所 水戸市中央1-4-1<br/>氏 名 水戸 梅子 印<br/>対象者との続柄 本人<br/>電 話 〇〇〇( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇<br/>個人番号 [マイナンバー12桁]</div> |       |              |     |
| <div>次のとおり補装具費の支給を申請します。<br/>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、<br/>各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。</div>         |             |                                                      |  |                                                                                                                 |       |              |     |
| 対<br>象<br>者                                                                                                       | 住 所         | 水戸市中央1-4-1                                           |  |                                                                                                                 |       |              |     |
|                                                                                                                   | フリガナ<br>氏 名 | ミト ウメコ<br>水戸 梅子                                      |  |                                                                                                                 | 個人番号  | [マイナンバー12桁]  |     |
|                                                                                                                   | 生 年 月 日     | 〇〇年〇〇月〇〇日                                            |  |                                                                                                                 | 電 話   | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |     |
| 障<br>害<br>者<br>手<br>帳<br>名                                                                                        | 手 帳 番 号     | 水戸市<br>第〇〇〇〇号                                        |  |                                                                                                                 | 交付年月日 | 〇年〇月〇日       |     |
|                                                                                                                   | 障 害 種 別     | 身体障害                                                 |  |                                                                                                                 |       | 障 害 等 級      | 1 級 |
|                                                                                                                   | 障 害 名       | 疾病による 両下肢機能障害 1級<br>など                               |  |                                                                                                                 |       |              |     |
| 難<br>疾<br>病<br>等<br>名                                                                                             | (指定難病名)     |                                                      |  |                                                                                                                 |       |              |     |
| 購入・借受け・修理<br>を受ける補装具名                                                                                             |             | 車椅子、歩行器、短下肢装具、補聴器など（申請する補装具名）                        |  |                                                                                                                 |       |              |     |
| 判 定 予 定 日                                                                                                         |             |                                                      |  |                                                                                                                 |       |              |     |
| 希 望 す る<br>補 装 具 業 者                                                                                              | 名 称         | 希望する補装具作製業者を<br>記入してください。                            |  |                                                                                                                 |       |              |     |
|                                                                                                                   | 所 在 地       |                                                      |  |                                                                                                                 |       |              |     |
|                                                                                                                   | 電 話         |                                                      |  |                                                                                                                 | F A X |              |     |
| 該当する所得区分                                                                                                          |             | 生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得                               |  |                                                                                                                 |       |              |     |
| 生活保護への移行予<br>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。 |  |                                                                                                                 |       |              |     |