　　様式第33号（第29条関係）

補装具費（購入・修理）支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　令和 　年 　月 　日  天草市福祉事務所長　様  （申請者）  住　所　　天草市  氏　名  個人番号  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、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 | | 天草市 | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | 個人番号 | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 性　別 | |  | 電話 | |  |
| 身体障害者手帳  障　　害　　名 | | | 手帳番号 | 県･都･道･府･市  第　　　　　　　　　　号 | | | 交付年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 障害等級等 | | | 種　　　　級 |
| 障害種別 | 視覚・聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく・肢体不自由（上肢・下肢・体幹・脳原性運動機能）・心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・その他 | | | | | | |
| 障害名 | | | | | | | |
| 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すること） | | | | | | | |
| 購入・修理を受ける補装具名 | | |  | | | | | | | |
| 判定予定日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 希望する補装具業者 | | 名称 |  | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | |
| 電話 |  | | | ＦＡＸ | | |  | |
| 該当する所得区分 | | | 生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上 | | | | | | | |
| 世帯判定の特例に  関 す る 認 定 | | | □　下記のいづ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、子供らの被扶養者となっていない。 | | | | | | | |
| 生活保護への移行予  防措置に関する認定 | | | □　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 | | | | | | | |