

様式第1号(第2条関係)

補装具費(購入・借受け・修理)支給(兼委任払)申請書

御殿場市長 様	申請日 年 月 日				
	(申請者) 住所 氏名 印 個人番号 対象者との続柄 () 電話				
次のとおり補装具費の支給申請(購入・借受け・修理)をします。 補装具費の支給申請購入等のため、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			性 別	男 ・ 女
	フリガナ 氏 名			電 話	
	個人番号				
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	
身体障害者手帳 障害名	手帳番号 障害等級	級	障害名	交付年月日	年 月 日
疾 病 名					
購入等を受ける補装具名					
希望する補装具業者名		名称			
		所在地			
		電話		FAX	
補装具費の委任払 <input type="checkbox"/> 補装具費の支給について、代理受領にて御殿場市が補装具業者へ補装具費を支払うことを申請します。					
所得区分の認定 <input type="checkbox"/> 月額負担上限額に関する認定について、下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの					
生活保護への移行予防措置 <input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を申請します。					
世帯範囲の特例 <input type="checkbox"/> 下記のいずれにも該当するため、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、子供等の被扶養者となっていない。					