

## 補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

下野市長 様

(申請者) 住 所

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					
	フリガナ				性別	男・女
	氏 名	(個人番号)				
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日	電話・FAX 番号	( )		
身体障害者手帳	手帳番号	県 第 号				
	交付年月日	S・H・R 年 月 日	障害等級	種 級		
	障 害 名 (疾 患 名)					
購入・修理を受ける補装具名	義手・義足・装具（下肢・靴型・体幹・上肢）・座位保持装置・歩行器・ 重度障がい者用意思伝達装置・義眼・眼鏡・補聴器・盲人安全つえ・ 歩行補助つえ・車いす・電動車いす・その他 ( )					
備 考						
希望する補装具業者	名 称					
	所在地					
	電 話		FAX			