

成人	児童
----	----

# 補 装 具 費 購 入 支 給 申 請 書

年 月 日

(宛先) 沼津市福祉事務所長

申請者氏名

(18歳未満の場合は保護者氏名)

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。

障害者・児	(フリガナ) 受給者氏名		生年 月日	年 月 日 ( 歳)		
	受給者住所	沼津市				
	連絡先	電話	— —		FAX	— —
未 満 の 場 合	(フリガナ) 保護者氏名		受給者との続柄			
	保護者住所	(受給者と異なる住所の場合に記入) 沼津市				
	連絡先	電話	— —		FAX	— —
手 帳 の 内 容	手帳番号	静岡県 第	号	交付年月日	年 月 日	
	障 害 名				障害等級	級
疾病名		(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病名を記載のこと)				
購入・修理 を受ける補装具名						
修理を要する部位						
希望する業者名						
備考						
所得区分	生保 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上					