

補装具費支給対象障がい者等認定申請書

年 月 日

増毛町長 様

補装具の購入（修理）に係る補装具費支給対象障がい者等の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	(電 話 局 番)		
認定の申請に係る児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		続 柄	

身体障害者手帳番号 又は 難病等の対象疾患名			
交 付 年 月 日	年 月 日		
障 が い 種 別		障がい等級	種 級
購入し、または修理を受けようとする補装具の種目等			
希望する事業者			
※備考	新規・再申請（前回決定年月日 年 月 日）		

世帯範囲の特例の適用の申出	<input type="checkbox"/> 負担上限月額区分の適用について、住民票に記載された世帯ではなく、私または私および私の配偶者のみの世帯とすることを申し出ます。
---------------	---

負担上限月額の算定に係る措置の適用の申出	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置）の適用について申し出ます。
----------------------	--

補装具費支給対象障がい者等の認定に係る調査についての同意	
この申請に係る補装具費支給対象障がい者等の認定に必要な場合は、増毛町が、私および私と同一の世帯に属する者の収入、課税の状況、資産の所有の状況および生活保護の受給の状況について、住民基本台帳および税務資料その他の公簿等により調査することに同意します。	
申請者または代理人の氏名	印

添付書類

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規則第65条の7第1項第6号から第8号までに掲げる書類等

注1 ※印欄は、記入しないでください。

2 該当する□内に✓印を記入してください。

3 世帯範囲の特例の適用の申出欄および負担上限月額の算定に係る措置の適用の申出欄については、別紙記載要領を参照のうえ記入してください。

4 補装具費支給対象障がい者等の認定に係る調査についての同意欄は、同意する場合に記入してください。