

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

		申請日		年	月	日							
甲斐市福祉事務所長		殿											
申請者	住 所												
	氏 名												
	個人番号												
	対象者との続柄												
	電話番号												
下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。 補装具費の支給申請（購入・借受け・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	☐ 申請者と同じ ※申請者と同じ場合、生年月日のみ記載してください。												
	住 所												
	フリガナ氏 名												
	個人番号												
	生年月日	年		月	日	電話番号							
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	第 号											
	交付年月日	年		月	日	障害種別・等級							
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のこと)											
購入・借受け・修理 を受ける補装具名													
判定予定日													
希望する 補 装 具 事 業 者	名 称												
	所在地												
	電話番号			FAX									
該当する所得区分													
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。											

補装具費申請書添付書類

年金受給状況	受給	国民年金	厚生年金	労働災害	共済年金	老齢・障害
	未受給	国民年金	厚生年金	労働災害	共済年金	老齢・障害

※次の品目については、介護保険法が優先となります。

歩行器、車椅子、電動車椅子、歩行補助つえ

介護認定（非該当・要支援 1 2 ・要介護 1 2 3 4 5 ）

在家庭 入院（ ） 施設入所（ ）

家族状況	氏名	生年月日	年齢	続柄	職業

※障害者については本人及び配偶者が、障害児については生計中心者(保護者)が確定申告済みであることが必要です。なお、今年の1月1日以降に転入された方については、対象者全員分の所得課税状況がわかる書類を添付してください。

【発病（受傷）の状況と経過】

発病	年 月 日
病名	
発病時、どここの病院にかかったか。	
現在、どここの病院でリハビリ中か。	
現在の身体状況等	