

補装具費

〔 購 借 入 受 修 取 理 〕

支給申請書

年 月 日

(宛先) 昭島市長

(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（購入・借受け・修理）の支給を申請します。
 なお、この申請に関し必要な住民情報及び課税情報等を公簿等により確認することに同意します。

* 記載された事項は保健福祉総合システムのコンピュータに記録されます

対 象 者	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	手帳番号	第	号	交付年月日	年	月	日
	障害種別				障害等級		
疾 患 名							
補装具の種目及び名称							
購入等予定業者名							
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得1 ・ 低所得2 ・ 一般						
備 考							

下の欄は記入しないでください

上記の申請内容について決定してよろしいか伺います。

課長	係長	係

年 金 確 認	1	障害基礎年金 (級)
	2	その他 (月額 円)