

補装具費支給申請書

年 月 日

(あて先)福岡市 区長  (申請者) 居住地 _____ (フリガナ) _____ 氏名 _____ 個人番号 _____  (本人との続柄 _____) (電話番号 _____)													
次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)に係る決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各機関に調査、照会、閲覧請求することを承諾します。													
本 人	氏名												
	個人番号												
	生年月日							年齢					歳
	居住地	福岡市 区											
	身体障害者手帳	手帳番号				第 号	交付年月日		年 月 日				
		総合等級				級	種 別	種					
		障がい部位											
難病等	疾患名												
保 護 者	居住地	福岡市 区											
	氏名							本人との続柄					
補装具の種目・名称													
修理を希望する部位													
希望する業者の名称													
該当する所得区分		生活保護等 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上											
上記所得区分の内容は、それぞれ次のとおりです。 生活保護等： 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給者の属する世帯に属する者 低所得： 市町村民税非課税世帯に属する者 一般： 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯に属する者のいずれもが市町村民税所得割額を46万円以上課されていないもの 一定所得以上： 市町村民税課税世帯に属する者であって、上記一般に該当しないもの ※ 一定所得以上の所得区分に該当する者は、支給対象外です。 ※ 18歳以上の障がい者(生活保護等に該当する者を除く。)の場合、「世帯」の範囲は、本人及び同一の世帯に属する配偶者です。													
生活保護への移行予防措置に関する認定		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。											
その他特記事項													