補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日　　年　　月　　日

横須賀市福祉事務所長
横　須　賀　市　長

申請者	住　　所	
	氏　　名	
	個 人 番 号	
	対象者との続柄	
	電 話 番 号	

【対象者本人が１８歳以上の場合】
⇒対象者本人の住所・氏名・個人番号（わからなければ未記入でも可）・続柄・電話番号をご記入ください。
【対象者本人が１８歳未満の場合】
⇒保護者の住所・氏名・個人番号（わからなければ未記入でも可）・続柄・電話番号をご記入ください。

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						

対象者本人の住所・氏名・個人番号（わからなければ未記入でも可）・生年月日・電話番号をご記入ください。
申請者と同じであれば□にチェックをしてください。

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。			

横須賀市補装具助成制度を利用したく、上記の申請とあわせて申請します。

費用区分		費　用　内　容		
		費用総額	公費負担額	自己負担額
国基準	□一般 □低所得 □生活保護 □特例等 その他			

上記申請に基づいて決定してよろしいか。

起　案	課　長	主　査　等	担　当　者	受　付　印
決　裁				