

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																

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	<input type="checkbox"/> 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	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		<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。														

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	<input type="checkbox"/> 一般			
	<input type="checkbox"/> 低所得			
	<input type="checkbox"/> 生活保護			
	<input type="checkbox"/> 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				