

補装具費支給申請書兼横須賀市補装具費助成制度申請書兼補装具交付修理支給決定伺い

※ 色のついている欄をご記入ください。

(あて先)		年		月		日	
横須賀市福祉事務所長 横 須 賀 市 長		住所					
		申請者 氏名		印			
		電話		※ 氏名を署名した場合は、押印を省略することができます 障害者との続柄 ()			
次の通り、		[補装具交付 (修理) 横須賀市補装具助成制度]		を利用したく申請します。			
(申請に関わる特記事項)		☐ 日生具と同月支給決定 ☐ 同一世帯2人以上同月支給決定 ☐ 同一月複数回支給決定					
フリガナ 氏 名		☐ 申請者と同じ (申請者と同じ場合は□にチェックしてください。)		生年月日		年 月 日 (歳)	
住 所 (居住地)		〒 - ☐ 申請者と同じ (申請者と同じ場合は□にチェックしてください。)		電話			
身体障害者 手帳情報		第 号		年 月 日 交付		種別等級 種 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の記載のこと)					
申請区分		☐ 交付 ☐ 修理 ☐ 借受		年齢区分		☐ 18才以上 ☐ 18才未満	
補装具の名称							
希望する業者名							
備考		☐ 送付先変更					
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					
市 基 準		費用総額		公費負担額		市助成額	
						自己負担額	
決定年月日							

上記申請に基づいて決定してよろしいか。

起 案	課 長	係 長	担 当 者	受 付 印
決 裁				