補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）西 尾 市 長

　次のとおり関係書類を添えて補装具費（購入・借受け・修理）の支給を申請します。

　また、次の事項について同意します。

・支給決定がされた場合、補装具費支給券を西尾市が当該補装具業者へ直接送付すること。

・補装具費の支給については、当該補装具業者が代理受領すること。

申請者氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者  （保護者） | 住　　所 |  | | | |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 個人番号 |  | 電話番号 | |  |
| 対　象　者 | □申請者本人　　　　　　□申請者以外（続柄　　　　　　　　） | | | | |
| 住　　所 |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 個人番号 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 身体障害者  手帳番号 | |  | | | |
| 障害名(種別) | |  | 障害等級 |  | |
| 難病等対象疾病 | |  | | | |
| 購入・借受け・修理を受けたい補装具の名称 | |  | 修理を要  する部位 |  | |
| 補装具  業者 | 所 在 地 |  | | | |
| 名　　称 |  | 電話番号 |  | |
| 該当する所得区分 | | 生活保護　　・　　低所得　　・　　一般　　・　　一定所得以上 | | | |
| 生活保護への  移行予防 | | □　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。 | | | |

補装具費支給申請について、西尾市において申請者及び申請に必要な世帯構成員の個人番号、並びに市民税等課税状況を確認することに同意します。申請者氏名：

※同一世帯に市民税所得割金額４６万円以上の人がいる場合、補装具費支給にかかる費用は全額自己負担になります。

