

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

令和 年 月 日

帯広市長 様

居住地 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

電話 ( ) 続柄 ( )

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	住所	帯広市		
	フリガナ 氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
	個人番号		電話	( )
	手帳番号	第 号	交付年月日	S・H・R 年 月 日
	障害種別	肢体・視覚・聴覚・平衡機能・音声（言語・そしゃく）・内部		等級 種 級
	障害名			
購入・借受け・修理を受ける補装具名	義肢・装具・姿勢保持装置・視覚障害者安全つえ・義眼・眼鏡・補聴器・人工内耳（音声信号処理装置の修理に限る）・車椅子・電動車椅子・座位保持椅子・起立保持具・歩行器・頭部保持具・排便補助具・歩行補助つえ・重度意思伝達装置			
判定予定日	令和 年 月 日（予定・決定）			
補装具業者				
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。			
生活保護移行予防措置の認定				

※審査欄

所得区分	要件
<input type="checkbox"/> 生活保護	生活保護世帯
<input type="checkbox"/> 低所得	市民税非課税世帯
<input type="checkbox"/> 一般 (市民税のみ課税)	市民税課税世帯であって 所得税非課税世帯（独自軽減該当）
<input type="checkbox"/> 一般（それ以外）	市民税課税世帯で上記以外
<input type="checkbox"/> 対象外	市民税所得割額 46 万円以上

利用者負担割合	利用者負担上限額
%	円

受付