補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日　令和　　年　　月　　日

佐賀市福祉事務所長　様

（申請者）

住　　所	佐賀市
氏　　名	対象者との続柄 ㊞ （個人番号：　　）　（　　）
電　　話	（　　）ー

下記の通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、閲覧することを承諾します。なお、補装具費の支給決定がなされた場合に、その旨を補装具業者へ通知することを承諾いたします。

対象者	住　　所	佐賀市			
	フリガナ				
	氏　　名				
	生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日	個人番号		
	電　　話	（　　）ー	職業	有（　　）・ 無	
	現　　状	在宅 ・ 施設入所中 ・ 入院中 （　　）			
身体障害者手帳 障害名	手帳番号	佐　賀　県 （　　）第　　号	交付年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	
	等　　級	級			
	障害種別	□上肢　□下肢　□体幹　□視覚　□聴覚 □内部（　　）　□その他（　　）			
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					
希望する補装具業者名	□別紙提出見積書のとおり				
	□その他	業者名		所在地	
		電話番号		ＦＡＸ	
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。				

※該当する所得区分	生活保護　：生活保護世帯 低所得　：市町村民税非課税世帯 一般　：市町村民税課税世帯 一定所得以上　：市町村民税所得割課税額　46万円以上