

補装具費支給申請書（ 購入・借受け・修理 ）

申請日 年 月 日

小田原市福祉事務所長 様

申請者 住 所
(支給対象者) 氏 名
障害児・者との続柄
電話番号
個人番号

次のとおり補装具費の支給を申請します。

補装具費の支給申請の決定のため、申請に係る障がい児・者の世帯の住民登録資料、税務資料その他の必要事項について、確認できる資料を添付します。添付しないときは、各関係機関に調査・照会を行うことを承諾します。

障害児・者	住 所					
	フリガナ 氏 名			生年月日	年	月 日
				年 齢		
	個人番号					
身体障害者手帳	番号	第	号	交付年月	年 月 日	
	等級	種 級				
	障害					
購入又は修理を希望する補装具		補装具の種目：				
		補装具の名称：				
		処 方 等：				
購入又は修理の予定をしている補装具業者		商号又は名称：				
		所 在 地：				
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 1 ・ 低所得 2 ・ 一般				
生活保護移行予防措置に関する認定		☐ 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置）を希望します。				

小田原市 処理欄	☐ 初回購入 ☐ 給付履歴あり	前回支給決定日 年 月 日	耐用年数 年
	再購入または修理を要する理由 ☐ 経年劣化 ☐ 身体の成長（児童） ☐ 障害状態の変化 ☐ 破損 ☐ 紛失（ 回目） ☐ その他		医学判定の要否 要 ・ 不要