

様式第32号（第28条関係）

補装具費（交付・修理）支給申請書兼利用者負担額減免申請書

相馬市福祉事務所長

年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号：		
	居住地	電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る障害児名	個人番号：	続柄	
	身体障害者手帳番号			
	交付（修理）を受けたい補装具の名称	修理を要する部位		
希望する業者名	名称			
	所在地			
	電話番号			
負担上限額に関する減免申請	<input type="checkbox"/> 負担上限額に関する認定 下記区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれも当てはまらない場合は空欄とする。） 1 生活保護世帯 2 市町村民税非課税世帯（収入が80万円以下の世帯） 3 市町村民税非課税世帯（収入が80万円を超える世帯）			
生活保護への移行予防措置	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置に関する認定を申請します。			
補装具費の支給対象外となる要件	障害者本人又は世帯員の市町村民税所得割額の最多納税者の納税額が 1 政令で定める基準以下である。 2 政令で定める基準を超える。			
補装具費の代理受領に関する事項	1 代理受領を希望する。 2 代理受領を希望しない。			
	補装具製作者に対する代理受領の委任の有無 有 ・ 無			
前回の交付年 月 日	年 月 日			
備考				

注意「(交付・修理)」は、該当文字を○で囲むこと