

課長		係長		係員		起案	年	月	日	決裁	第	年	月	日	号
----	--	----	--	----	--	----	---	---	---	----	---	---	---	---	---

支給決定伺

別紙調査票のとおり決定します。

補装具費支給申請書

申請日 年 月 日

(あて先) 鹿児島市長

(申請者)

住所 鹿児島市 丁目 番 号
町 番地

氏名 対象者との続柄 ()

個人番号

生年月日 年 月 日

電話・FAX () -

※決定通知書の送付先：

下記のとおり補装具（購入・修理・借受け）費の支給申請をします。

補装具（購入・修理・借受け）費の支給申請の決定のため、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、閲覧すること及び購入等を希望する業者へ補装具支給券を送ることを承諾します。

(署名または記名押印)

対象者	住所	鹿児島市		丁目	番	号
	フリガナ					
	氏名	(個人番号)				
	生年月日	年		月	日	
身体障害者手帳 障害名	手帳番号	県・市 第		号	障害種別・等級	種 級
	交付年月日	年		月	日 (再)	
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病名を記載のこと)					
購入等を受ける 補装具名						
希望する補装具 業者名						
判定予定日	書面判定		・	来所判定	(月 日)
交付履歴	初支給					
	前回支給 (購入・修理・借受け)		年		月	日

※裏面もご記入ください。対象者本人記載の場合は、押印は必要ありません。

世帯・所得調書

人員	氏名	生年月日			続柄	医療保険名	年金の種類	世帯範囲特例
1					本人			—
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

該当する所得区分	生活保護・低所得・一般・一定所得以上
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、同一世帯に属する親、兄弟、子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。
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。

支給申請に至った理由	再交付のときは現在の補装具の状況を書いてください（耐用年数未経過で再交付申請をする場合は特に詳しく書いてください。）。

備考：