様式第１８号（第１８条関係）

塩尻市補装具費（購入・修理）支給申請書

年　　月　　日

　（あて先）塩尻市長

　次のとおり補装具費（購入・修理）の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 | |  | |
| 個人番号 | |  | |
| 住　　所 | | 〒  電話番号 | | | |
| フ　リ　ガ　ナ | | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給申請に係る  児　童　氏　名 | | |  | |
| 個　人　番　号 | | |  | | 続　　柄 |  |
| 身体障害者手帳番号 | | |  | | 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 障害種別・障害等級 | | |  | | 障　害　名 |  |
| 購入・修理を受ける  補装具の種目及び名称 | | |  | | | |
| 希望する  補装具事  業者名等 | | 名　称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 電　話 |  | | Ｆ　Ａ　Ｘ |  |
| 該当する所得区分 | | | 生活保護 ・ 低所得１ ・ 低所得２ ・ 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。 | | | |
| 世帯状況  及　　び  課税状況  調　　査 | | 私及び世帯員の　　　　年度市民税課税資料を、負担上限月額区分確認のため職員が閲覧することに同意します。（世帯員全員記入してください。なお、氏名を自署する場合は押印を省略することができます。） | | | | |
| 対象者氏名　　　　　　　　　　　　　印  世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　印  世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　印  世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　印  世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　印  世帯員氏名　　　　　　　　　　　　　印 | | 生年月日　　　 年　　 月　　 日（　 　歳）  生年月日　　　 年　　 月　　 日（　 　歳）  生年月日　　　 年　　 月　　 日（　 　歳）  生年月日　　　 年　　 月　　 日（　 　歳）  生年月日　　　 年　　 月　　 日（　 　歳） | | |