

補装具費（購入・修理）支給申請書

年 月 日

豊能町長 様

申請者 住 所
氏 名 印
個人番号
(対象者との続柄)
電 話

下記のとおり、補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。
なお、補装具費の支給申請（購入・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、照会、閲覧することを承諾します。

対 象 者	フリガナ 氏名	個人番号：		性 別	男 ・ 女
	生年月日			年 月 日 () 歳	
	住所				
身体障害者手帳	番号	第 号			
	障害等級	級	交付年月日	年 月 日	
	障害名				
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)				
交付（修理）を受けたい補装具名			修理を要する部位		
希望する業者名			製作（修理）上、特に希望する事項		
同月内 申請	申 請 日	補 装 具 名	申 請 日	補 装 具 名	
	月 日		月 日		
備 考					