

## 補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 令和 年 月 日				
(あて先) 上越市長	(申請者) 郵便番号 〒 住 所 上越市 氏 名 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。				
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	住 所	上越市		
	フリガナ 氏 名	(個人番号 )		
	生年月日	明大昭平令 年 月 日	電話番号	
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	( ) 第 号	交付年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
			障害種別	障害等級
障害名				
疾病名		(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)		
購入・修理を受ける 補装具名				
判定予定日				
希望する 補装具業 者	名 称			
	所在地			
	電 話	FAX		
該当する所得区分		1. 生活保護    2. 低所得    3. 一般    4. 一定所得以上		
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。		

※申請された補装具は、審査のうえ決定します。

※補装具費支給決定通知書を受け取る前に購入（修理）された補装具は、支給対象となりませんのでご注意ください。

※申請書に記載された個人情報、補装具に関する業務以外には使用しません。ただし、法令に定めのある場合又は公益上の必要がある場合は、上越市個人情報保護制度審議会の承認を得て、上越市身体障害者更生相談所等指定医療機関が使用することがあります。

裏面あり

# 所得額等調査承諾書及び個人番号告知

上越市補装具費支給に係る令和 年分所得について、福祉課での私の世帯全員の課税台帳を閲覧（確認）することを承諾し、また、扶養義務者の個人番号を告知します。

（対象者が18歳以上の場合は本人と配偶者のみ記載して下さい。）

令和 年 月 日

住所 上越市

氏名 \_\_\_\_\_  
(署名又は記名押印)

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

(宛先) 上越市長

※記載された個人情報、上越市補装具費支給に関する業務以外には使用しません。