

様式 23 号 (第 19 条の 3 関係)

補装具費 (購入・修理) 支給申請書

年 月 日

士幌町長 様

申請者

住所 _____

氏名 _____

下記のとおり補装具費の支給申請 (購入・修理) を申請します。
なお、課税状況その他の公簿による確認することを了承します。

対象者	フリガナ				明・大・昭 年 月 日	
	氏名					
	住所				電話番号	性別
						男・女
	身体障害者手帳番号	第	号	年 月 日	交付	
障害名				障害等級	種 級	
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		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		<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。				

※ 用具の見積書を添付してください。