

補装具（購入・修理）利用者負担額扶助申請書

申請日 令和 年 月 日

(宛先) 鎌倉市長

(申請者)

住 所

氏 名

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）をします。

補装具費の支給申請（購入・修理）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					
	フリガナ 氏 名					
	生年月日	T S H R 年 月 日	性別		電話	
身体障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 申請中)	手帳番号	神奈川県	第 号	交付年月日	S H R 年 月 日	
	障害種別	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> じん臓機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう・直腸機能障害 <input type="checkbox"/> その他			障害等級	種 級
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)					
購入・修理を受ける 補装具名	<input type="checkbox"/> 義肢・義足 <input type="checkbox"/> 下肢・靴型 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 車いす (型) <input type="checkbox"/> その他 ()					
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.生活介護 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"/> 生活介護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。					