

伺	障 害 福 祉 課	課 長	補 佐	課 員	担 当
	令和 . .				

別紙(案)のとおり補装具費(購入・借受け・修理)を支給してよろしいか。

補装具費(購入・借受け・修理)支給申請書

児 童

年 月 日

[申 請 者]

住 所 金 沢 市

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

対象児童との続柄 ()

連絡先 () -

(宛先) 金沢市社会福祉事務局長

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に規定する補装具費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

対象となる 児童	フリガナ 氏 名	個人番号:	生年 月 日	平成 令和	年 月 日
	居 住 地	□申請者と同じ			
身体障害者手帳番号	石 川 県 第 号 平成 年 月 日交付 金 沢 市 令和				
障 害 名 (手帳の記載どおり記入してください。)					(種 級)
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してください。)					
交付(借受け・修理)を受けたい補装具の名称			修理を要する部位		
希望する業者名			所在地		
備 考					

補装具費の支給認定に必要な住民登録関係書類・税関係書類の調査をされても、異議は申し立てません。

年 月 日

(宛先) 金沢市社会福祉事務局長

	続柄	住 所	氏 名
対象児童	本人		(署名又は記名押印)
保護者			(署名又は記名押印)
世帯員			(署名又は記名押印)
//			(署名又は記名押印)

(裏面に続きます)

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (該当するものに○を付ける。いずれにも該当しない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの
	<input type="checkbox"/> II 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置）を申請します。 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

- 備考 1 該当する□の中にレ印を付けてください。
 2 事実関係を確認できる書類を添付してください。

確認欄	番号確認	番号カード ・ 通知カード ・ 住民票 ・ 端末 ・ その他 ()	代理権 確認	法定・委任状・本人発行
	本人確認	番号カード ・ 運転免許証 ・ 障害者手帳 ・ 旅券 ・ 保険証 (国保・後期高齢・介護) ・ 学生証 ・ その他 ()		