

様式第 33 号（第 30 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 令和 8 年 2 月 2 日												
伊豆の国市福祉事務所長 宛												
申請者	住 所	伊豆の国市田京 299 番地の 6										
	氏 名	大仁 たかし										
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	対象者との続柄	本人										
	電話番号	0558-76-8007										
<p>下記のとおり補装具費の支給申請（購入、借受け・修理）をいたします。</p> <p>補装具費の支給申請（購入、借受け・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。</p>												
対 象 者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と同じ場合、生年月日のみ記載してください。											
	住 所											
	フリガナ氏 名											
	個人番号											
	生年月日	昭和 33 年 2 月 22 日						電話番号				
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	静岡県				第 123456		号				
	交付年月日	令和 8 年 1 月 30 日				障害種別・等級		1 級				
	下肢機能障害											
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・借受け・修理 を受ける補装具名	車椅子											
判定予定日												
希望する 補 装 具 事 業 者	名 称	〇〇〇製作所										
	所在地	伊豆の国市田京 000 番地										
	電話番号	0558-76-8007					FAX	0558-76-8029				
該当する所得区分												
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。											