様式第25号(第26条関係)

補装具費(購入・修理)支給申請書

|  |
| --- |
| 　　年　　月　　日　(申請先)　土浦市福祉事務所長(申請者)　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印対象者との続柄　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　次のとおり補装具費の支給を申請します。　補装具費の支給申請の決定のため、市が私及び私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査し、照会し、及び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 | 　　年　　月　　日 | 電話番号 | 　 |
| 障害者手帳 | 手帳番号 | 第　　　　　号 | (障害名) |
| 交付年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 障害等級 | 　　種　　級 |
| 購入・修理を受ける補装具名 | 　 |
| 希望する補装具業者 | 　 |
| 該当する所得区分 | □生活保護　　□低所得1(本人の年収が80万円以下)□低所得2(本人の年収が80万1円以上)　□一般　　□一定所得以上 |
| 世帯構成員の状況 | 氏名 | 続柄 | 職業 | 住民税課税の有無 | 住民税所得割額 | 備考 |
| 　 | 世帯主 | 有・無 | 有(均・所)・無 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 有・無 | 有(均・所)・無 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 有・無 | 有(均・所)・無 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 有・無 | 有(均・所)・無 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 有・無 | 有(均・所)・無 | 　 | 　 |
| ※　　　　年　　月　　日　上記のとおり相違ありません。確認者職氏名　　　　　　　　　　印　 |

(注)　※印の欄は、記入しないでください。