

利用者負担額減額・免除申請書 (補装具費支給申請用)

年 月 日

(提出先)
大阪市 区保健福祉センター所長

次のとおり利用者負担額の減額 (又は免除) を申請します。

申請者	フリガナ												生年月日	年	月	日		
	氏名印																	
	住所	(〒 -)											電話 () -					
	個人番号																	
児童	フリガナ												生年月日	年	月	日		
	氏名																続柄	
	個人番号																	
	申請する利用者負担の区分	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。 1 生活保護世帯 (0円) 2 市民税非課税世帯 (0円)																

※ 本人(障がい児の場合は保護者)が提出する場合、記入不要。

提出者	住所	(〒 -)											電話 () -				
	フリガナ												申請者との続柄				
	氏名印																