

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

(提出先)
大阪市

区保健福祉センター所長

年 月 日

申請者	住所	(〒 -)										
	フリガナ											
	氏名	(対象者との続柄)					生年月日	年 月 日				
	個人番号											

次のとおり、補装具費の支給を申請します。

1 対象者 申請者に同じ

フリガナ						生年月日	年 月 日					
氏名												
住所	大阪市 区											
個人番号												

2 障がい状況

身体障がい者手帳	番号	第 号			交付年月日	年 月 日					
	障がい名						等級	級			
難病患者等	疾病名										

3 申請する補装具及び希望する業者

補装具の名称											
修理を要する部位 (修理の場合のみ記入)											
業者	名称										
	所在地										
	電話										

4 該当する所得区分

(○をつけてください)

生活保護	・	低所得	・	一般	・	一定所得以上
------	---	-----	---	----	---	--------

※ 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	(〒 -)										
	フリガナ											
	氏名	申請者との続柄										

(ここから下は記入不可)

保健福祉センター確認欄

(添付書類) 判定書 見積書 税確認資料(減免申請書・申告書) その他()

(修理・再支給の場合の確認事項)

※ 修理・再支給の必要がある場合は、他制度の適用がないことを確認(聴取)すること。

補装具に対する保証期間の適用外である 補装具に対する任意保険の加入がない 介護保険等他制度適用の対象ではない

別紙、申請結果調書の内容により

支給を決定します 支給を却下します

決裁欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	係長	担当係長	係員
	・						
	決裁年月日						
	・						

公印審査	
取扱責任者	文書主任