

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														
	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上限月額の区分	<p>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。</p> <p>1 生活保護世帯 (0円)</p> <p>2 市民税非課税世帯 (0円)</p>													

※ 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													