

様式第36号（第28条関係）

|  |            |   |          |       |
|--|------------|---|----------|-------|
| 補装具費（購入・修理）支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書<br><div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div> （宛先）鶴ヶ島市長<br><div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     申請者（対象者が障害児の場合は保護者）<br/>                     住 所<br/>                     氏 名<br/>                     対象者との続柄<br/>                     電 話 (            )                 </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">下記のとおり補装具費の支給（購入・修理）について申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> |            |   |          |       |
| 1  | 障害者氏名      |   | 生年<br>月日 | 年 月 日 |
| 2  | 住 所        |   | 保護者との続柄  |       |
| 3  | 身体障害者手帳    | 年 月 日交付   | 第        | 号     |
| 4  | (障害名)      | ( 級 種 )   |          |       |
| 5  | 支給申請する補装具名 |   |          |       |
| 6  | 希望する補装具業者  | 名 称   |          |       |
|  |            | 所在地   |          |       |
|  |            | 電 話   | FAX      |       |
| 7  | 代理受領方式     | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない  |          |       |
| 世帯範囲の特例に関する認定  |            | <input type="checkbox"/> 下記のいずれにも当てはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。<br>1 税制上、障害者が同一世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。<br>2 健康保険制度において、障害者が同一世帯に属する者の被扶養者となっていない。 |          |       |
| 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）を申請します。  |          |       |
| 該当する所得区分   |            | 生活保護 ・ 低所得1 ・ 低所得2 ・ 一般 ・ 一定所得以上  |          |       |
| 同 意 書<br>負担上限月額決定等に当たり必要があるときは、申請者及び申請者の属する世帯構成員の市町村民税の課税状況、医療保険の加入状況について、関係課及び官公署等に調査・確認されることに同意します。<br><div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     氏名 <span style="float: right;">⑩</span> </div>   |            |   |          |       |