

補装具費支給申請書

年 月 日

白河市福祉事務所長

(申請者) 住所
氏名 印
個人番号
生年月日 年 月 日
電話 ()
申請者代理人氏名 ()
続柄 ()

次により補装具費の支給を受けたいので申請いたします。

なお、補装具費決定のため、私及び私の家族の課税について貴福祉事務所が調査することを同意いたします。

同意者 印

身体障害者手帳 交付番号年月日	第 号 年 月 日 交付		
障 害 名		等 級	種 級
購 入 又 は 修 理 し た 補装具の名称		修理 部位	
購入又は 修理した 業 者 名			
購入又は修理 を要した理由			
前回の支給 年 月 日	年 月 日		
その他	判定 要 ・ 不要		