

補装具費（購入・修理）支給申請書

平成 年 月 日

酒田市福祉事務所長

(申請者) 下

住 所 酒田市 _____

氏 名 _____ ⑩

対象者との続柄()

電 話 _____

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。

補装具費の支給申請（購入・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	住 所	酒田市				
	フリガナ 氏 名				個人番号	
	生年月日	年	月	日	性別	電 話
身体障害者手帳 障 が い 名		手帳番号	第 号		交付年月日	年 月 日
		障がい種別				障がい等級
購入・修理を受ける 補 装 具 名						
判 定 予 定 日						
希 望 す る 補 装 具 業 者	名 称					
	所 在 地					
	電 話					
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				
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）を希望します。				

代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状

酒田市福祉事務所長 殿

平成 年 月 日付け酒福発第 号で支給決定を受けた
 の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、補装具費の支
 払いを請求します。なお、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

補 装 具 価 格 (基 準 額) ※差額自己負担等、補装具費の対象とならないものは除く。	円
利 用 者 負 担 額	円
補 装 具 費 請 求 額	円

平成 年 月 日

請求者兼委任者 住 所 _____
 (障がい者又は 氏 名 _____ (印)
 障がい児の保護者)

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払いについては、下記の口座に振
 り込んでください。

平成 年 月 日

受 任 者	住 所 〒 _____			
	氏 名 _____ (印)			
	電話番号 _____			
口 座 振 込 先	金融機関名	支 店 名	刀がナ	
	1 銀行 3 農協 2 金庫 4 その他			
	預金種目(○で囲む)	口座番号	口座名義	
	1 普通 ・ 4 貯蓄 2 当 座 ・ 9 その他			