

補装具費支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除申請書

(あて先) 仙 台 市 長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ											生年月日	年 月 日	
	氏名													(歳)
	個人番号													
	居住地	〒										電話番号		
	申請者が補装具利用者本人である場合、配偶者の有無……(無 ・ 有 →下記に記入してください)													
	フリガナ											生年月日	年 月 日	
配偶者氏名											(歳)			
フリガナ												生年月日	年 月 日	
支給申請にかかる児童氏名											(歳)			
個人番号														申請者との続柄
身体障害者手帳番号						障害名								

※ 補装具利用者が18歳未満の児童の場合は、保護者が申請者です。

申請に係る補装具について

補装具の種目	* 補聴器の方 : 人工内耳の有無 【有 (右 ・ 左) / 無】
補装具費支給事由	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 借受け <input type="checkbox"/> 修理 (修理部位)
希望する補装具製作者	
補装具費の受領方法 (代理受領について)	補装具費の受領を補装具製作者に <input type="checkbox"/> 委任する <input type="checkbox"/> 委任しない

※ 補装具業者による代理受領を希望される場合は、補装具製作者へ代理受領に関する委任状を提出していただく必要があります。

- * 補装具費の支給申請(購入・借受け・修理)の認定・決定にあたり、必要な事項(世帯の住民登録情報、税務情報、について調査、照会、閲覧することを承諾します。
- * 障害の状態を確認するために、必要に応じて関係機関(医療機関、利用施設、担当ケアマネージャー等)から、情報提供を受けることに同意します。

申請者同意署名欄

氏名	
----	--

[代筆者名]

裏面に続く

この面において、「利用者」とは、補装具を利用する本人が18歳以上の場合は当該本人を、18歳未満の場合は当該本人の保護者を指します。

◇ 減免に関する項目

ここでは利用者負担金の減免に関する項目について記入します。下記をご覧ください、該当する箇所印を付けてください。

○ 月額上限額に関する認定

生活保護受給世帯、市町村民税非課税世帯に属する方の階層区分について記入します。

ここでいう「世帯」とは、補装具を利用する本人が18歳以上の場合は「利用者及びその配偶者(配偶者がいない場合は利用者本人のみ)」を「世帯」とします。補装具を利用する本人が18歳未満の場合は住民票に記載された世帯全員を「世帯」とします。

下記の区分の適用を申請します。

- 利用者が生活保護受給世帯(中国残留邦人等支援給付受給世帯も含む)に属する
- 利用者が市町村民税非課税世帯に属する