

(様式第 1 号)

補装具（購入・修理）支給申請書

										年	月	日
(あて先)												
大津市福祉事務所長												
(申請者)												
住所												
氏名												
個人番号												
対象者との続柄 ()												
電話 ()												
下記のとおり補装具費を支給申請（購入・修理）します。												
また、補装具費の受領について補装具業者に委任します。												
補装具の支給申請（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											
	フリガナ											
	氏 名											
	生 年 月 日	年 月 日										
	個 人 番 号											
※別途個人番号通知カード等の複写を貼り付けてください。												
障 害 者 手 帳		手 帳 番号	第 号		交付年月日		年 月 日					
		障 害 種別					等級	級				
購入・修理を受ける 補装具名												
希望す る補装 具業者	名 称											
	所 在 地											
	電 話											