

(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											