

補装具費(購入・修理)支給申請書 兼 月額上限負担額減額申込書

盛岡市長

様

令和 年 月 日

補装具費の支給を受けたいので、次のとおり申し込みます。

ついては、当該サービスの利用に応じて私に支給される補装具費について、私に代わって補装具作成事業者が請求及び代理受領することに同意します。

申 込 者 (十八歳未満の児童 の場合は保護者)	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	
	氏 名	印	性 別	男 ・ 女		
	居住地	〒	電話番号	— —		
フリガナ			生年月日	平成 令和	年 月 日	
申 込 に 係 る 児 童 氏 名	個人番号 :		続 柄			
身体・知的・精神	障害手帳	第 号	交付年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	
障 害 名				障 害 等 級		
世 帯 の 状 況	氏 名	続 柄	生 年 月 日	職 業	市 町 村 民 税 課 税 状 況	押印欄
	個人番号 :	本人			<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税	印
	個人番号 :				<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税	印
	個人番号 :				<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税	印
	個人番号 :				<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税	印
	個人番号 :				<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税	印
	個人番号 :				<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税	印
補装具費交付に係る月額負担上限額算定のため、必要に応じて課税台帳及び障害福祉サービス費に係る「世帯状況・収入・資産等申告書」の閲覧を行うことに同意します。						
生 活 状 況	在宅 ・ 入院中 () ・ 施設入所中 ()					
希望する用具名			修 理 内 容			
希 望 す る 事 業 者 名			特に希望する事項			

- 備考 1 希望する補装具の見積書を添付すること。
 2 医師の意見書又は診断書の添付が必要な場合があります。
 3 月額負担上限額の減額認定、生活保護への移行予防措置を希望する場合は、裏面に記入すること。

<月額負担上限額の減額認定>

- 補装具費交付に係る月額負担上限額について、次のとおり適用を申し込みます。
(あてはまるものに○)

条 件	月額上限額
1. わたしは生活保護受給世帯に属している。	0円
2. わたしは市町村民税非課税世帯に属している。	0円

※ ただし、転入者の方は、以前の居住地で発行される市町村民税課税（非課税）証明書の添付が必要な場合があります。

※ 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とします。

<生活保護への移行予防措置に関する認定>

- 月額負担上限額を引き下げることにより、生活保護の適用対象でなくなりますので月額負担上限額の引き下げの適用を申し込みます。

備考 事実関係を確認できる書類を添えて申し込むこと

<記載例>

補装具費(購入・修理)支給申請書 兼 月額上限負担額減額申込書

盛岡市長

様

令和 年 月 日

補装具費の支給を受けたいので、次のとおり申し込みます。

ついては、当該サービスの利用に応じて私に支給される補装具費について、私に代わって補装具作成事業者が請求及び代理受領することに同意します。

申込者 (十八歳未満の児童 の場合は保護者)	フリガナ	モリオカ タロウ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	43年 2月 1日
	氏名	盛岡 太郎		性別	男・女	
	居住地	〒020-0023 盛岡市内丸12番2号		電話番号	019 - 651 - 4111	
フリガナ				生年月日	平成 令和	年 月 日
申込に係る児童氏名		個人番号:		続柄		
身体・知的・精神障害手帳		盛岡市第 90000号		交付年月日 昭和 平成 令和 1年 2月 3日		
障害名		疾病による右下肢切断(下腿1/2以上)		障害等級		2種4級
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業	市町村民税課税状況	押印欄
	盛岡 太郎 個人番号: 123 456 789 123	本人	S43.2.1	自営業	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	印
	盛岡 花子 個人番号: 456 789 123 456	妻	S47.6.5	無職	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	印
	個人番号:				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	印
	個人番号:				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	印
	個人番号:				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	印
補装具費交付に係る月額負担上限額算定のため、必要に応じて課税台帳及び障害福祉サービス費に係る「世帯状況・収入・資産等申告書」の閲覧を行うことに同意します。						
生活状況	在宅 入院中()・施設入所中()					
希望する用具名	下腿義足(骨格構造)		修理内容			
希望する事業者名	岩手義肢装具製作所		特に希望する事項			

- 備考1 希望する補装具の見積書を添付すること。
2 医師の意見書又は診断書の添付が必要な場合があります。
3 月額負担上限額の減額認定、生活保護への移行予防措置を希望する場合は、裏面に記入すること。

<月額負担上限額の減額認定>

- 補装具費交付に係る月額負担上限額について、次のとおり適用を申し込みます。
(あてはまるものに○)

条 件	月額上限額
1. わたしは生活保護受給世帯に属している。	0円
2. わたしは市町村民税非課税世帯に属している。	0円

※ ただし、転入者の方は、以前の居住地で発行される市町村民税課税（非課税）証明書の添付が必要な場合があります。

※ 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とします。

<生活保護への移行予防措置に関する認定>

- 月額負担上限額を引き下げることにより、生活保護の適用対象でなくなりますので月額負担上限額の引き下げの適用を申し込みます。

備考 事実関係を確認できる書類を添えて申し込むこと