第46号様式(第44条関係)

補装具費(購入・修理)支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日　　　　年　　月　　日  (あて先)長崎市福祉事務所長  (申請者)住所  氏名  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)をします。  また、利用者負担額の決定のため、対象者及び対象者の属する世帯の住民基本台帳、課税状況、生活保護受給状況について確認することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | | 氏　　名 |  | | | | | | | 男・女 | | 生年月日 | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | 歳 |
| 個人番号 |  | | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | | | 第　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | 年　　月　　日交付 | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳  障　害　名 | | | |  | | | | | | | | | | 障害の等級 | | | | | | 級 | | |
| 疾患名(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入・修理を予定する  補　装　具　名 | | | | | |  | | | | | 希望する補装具  業者名 | | | |  | | | | | | | |
| 世　帯　状　況（対象者を含む） | 氏名 | | | | | | 対象者との続柄 | 生年月日 | | | 個人番号 | | | | | 課税状況 | | | | | 備考 | |
| 課税  区分 | | | 市民税  所得割 | |
|  | | | | | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
|  | | | | | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
|  | | | | | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
|  | | | | | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
|  | | | | | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| 該当する所得区分 | | | | | 生活保護　　・　　低所得　　・　　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 | | | | | □　生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基準額 | | | | | 見積額 | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | 公費負担額 | | | | | |
| 円 | | | | | 円 | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 本人負担額(基準外) | | | | | 月額負担上限額 | | | |
| 円 | | | | | 円 | | | | 円 | | | | | | | | | 円 | | | | |
| 上記のとおり確認しました。　　　　年　　　月　　　日　　調査者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注意）

当該年１月１日現在長崎市に住民票のない方は、前住所地の市町村が発行する対象者及びこれを扶養する者の「前年度分の市町村民税の課税額を証明する書類」を添付すること。