様式第２７号（第２５条関係）

補　装　具　費　支　給　申　請　書

年　　月　　日

豊田市社会福祉事務所長　様

　　申請者（対象者が満１８歳未満の場合は保護者）

　　　住　　所

氏　　名

個人番号

対象者との続柄（ 　　　　　　　　　　　　　　）

次のとおり補装具費の支給を申請します。なお、認定に必要な場合は、豊田市社会福祉事務所において市民税

等に係る公簿の閲覧（世帯員分を含む。）及び関係機関に対する調査、照会又は閲覧をすることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交 付 区 分 | | □新規　　　□再購入　　　□修理　　　□借受け | | | | | |
| 対　　　象　　　者 | フリガナ |  | | | 生　年　月　日 | | |
| 氏　　名 |  | | | 年　　　月　　　日  （　　　歳） | | |
| 個人番号 |  | | 電話番号 | （　　　　）　　－ | | |
| 住　　所 |  | | | | | |
| 身体障がい者  手帳番号 | | 市・県　第　　　　　　　　号 | | | 障がい等級 | 級 |
| 障がい名 | |  | | | | |
| 購入等をする  補装具種目 | | |  | | | | |
| 業者名 | | |  | | | | |
| 備考 | | |  | | | | |

* 豊田市社会福祉事務所記入欄　　　　□手帳該当　　　□難病該当

|  |  |
| --- | --- |
| 添付確認 | □見積書　　□補装具種目と交付区分に応じたチェック表で確認 |
| 窓口確認 | □購入前　　□耐用年数経過（再購入の場合のみ）  □介護１６疾病確認（４０～６４歳の場合のみ） |

（受付者：　　　　　　　　）　　（担当：　　　　　　　）

様式第２８号（第２５条関係）

調　　　　　査　　　　　書

注意　太枠の中のみ記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世　　帯　　員　　の　　状　　況 | 氏　　　 名  （個 人 番 号） | 続　柄 | 市民税  課税状況 | 所　得　割　額 | 備　考 |
| （　　　　　　　　　　） | 本　人 | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税  非課税 | 円 |  |

　※豊田市社会福祉事務所記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 世　帯　区　分 | 生 保　　　低所得　　　一 般　　　一定所得以上 |
| 負担上限額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |