

- ・購入前の事前申請が支給対象となります（購入後の事後申請は支給対象外です）
- ・世帯の中に市町村民税所得割額が46万円以上の方がいる場合には、補装具制度の対象外です
（世帯範囲：補装具利用者が18歳以上の場合、障がいのある方とその配偶者 補装具利用者が18歳未満の場合、保護者の属する住民基本台帳での世帯）

第48号様式(第27条第1項)

浦安市補装具費支給申請書

(宛先)浦安市長

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

申請区分		<input type="checkbox"/> 購入		<input type="checkbox"/> 借受け		<input type="checkbox"/> 修理		
申請者	ふりがな			個人番号				
	氏名			生年月日				
	居住地	連絡先						
支給申請に係る児童氏名	ふりがな			個人番号				
	氏名			生年月日				
				続柄				
身体障害者手帳	手帳番号			交付年月日				
	障がい種別			等級				
難病名 (疾病名)								
補装具名								
補装具取扱業者	名称							
	所在地							
	連絡先							
該当する所得区分								
対象者が属する世帯の状況	氏名				氏名			
	個人番号				個人番号			
	氏名				氏名			
	個人番号				個人番号			
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置)を申請します。 添付書類 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書							

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人		<input type="checkbox"/> 本人以外(以下の欄を記入すること。)	
ふりがな			本人との関係	
氏名				
住所	連絡先			

補装具費の支給決定において必要があるときは、身体障害者更生相談所、医療機関、補装具業者及びその他関係機関に対し、浦安市が調査及び情報提供を行い、報告及び意見を求めます。