

- ・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

該当するものに☑をする

記入した年月日

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	対象者が18歳以上の場合は「本人」を、18歳未満の場合は生計中心者である「保護者」でご記入ください。個人番号（マイナンバー）もご記入ください。										
	氏名											
	居住地											
ふりがな		個人番号										
支給申請に係る児童氏名		身体障害者手帳を確認の上、ご記入ください。障がい種別は、「視覚」・「聴覚」・「肢体不自由」などをご記入ください。難病名は、申請にかかる疾病をご記入ください。										
身体障害者手帳								手帳番号				
								障がい種別				
難病名 (疾病名)												
補装具名		申請する補装具名称をご記入ください。										
補装具 取業者	名称	補装具業者の見積書から、業者名・住所・電話番号・FAX番号をご記入ください。										
	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	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										
	個人番号											
	氏名											
	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。