

補装具費（ 購入 修理 ）支給申請書

令和 年 月 日

あて先 倉敷市（倉敷・水島・児島・玉島）社会福祉事務所長

下記のとおり補装具費の支給申請します。補装具費の支給申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、
 税務資料その他について、各関係機関に調査、照会することを承諾します。

申 請 者	フリガナ					生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日	(歳)
	氏名						<input type="checkbox"/> 昭和		
	個人番号						<input type="checkbox"/> 平成		
	居住地	〒 倉敷市 電話番号 () -							
	生活状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 医療機関 ()							
	配偶者氏名	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					配偶者 生年月日	年 月 日	
	個人番号								
配偶者住所	*申請者と居住地が異なる場合								
フリガナ					生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	(歳)	
支給申請に係る児童氏名						<input type="checkbox"/> 令和			
個人番号									
身体障害者手帳番号	<input type="checkbox"/> 倉敷市 <input type="checkbox"/> 岡山県 第 号 (級) <input type="checkbox"/> その他 (県・市)								
障がい内容	<input type="checkbox"/> 肢体 (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 体幹) <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 平衡 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他 ()								
購入・修理を 受ける 補装具名	<input type="checkbox"/> 補聴器 (耳かけ型 耳あな型 ポケット型 その他)								
	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 姿勢保持装置 (屋内用 屋外用)								
	<input type="checkbox"/> 義肢 (義手 義足) <input type="checkbox"/> 座位保持椅子								
	<input type="checkbox"/> 装具 (上肢装具 下肢装具 体幹装具 靴型装具)								
	<input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 眼鏡 (矯正 遮光 弱視 コンタクトレンズ)								
	<input type="checkbox"/> 歩行補助つえ (松葉杖 多点杖 ロフトストランドクラッチ プラットホーム杖)								
<input type="checkbox"/> 視覚障がい者安全つえ <input type="checkbox"/> 重度障がい者意思伝達装置 <input type="checkbox"/> その他 ()									
希望する業者名	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 未定								
希望支給方法	<input type="checkbox"/> 代理受領 (自己負担額のみ業者へ支払い) <input type="checkbox"/> 償還払い (全額支払い後、市へ請求)								
備考	①判定 有・無 (希望判定日 月 日) 判定日 (変更する場合有。電動車いすの申請は、事前確認要) * 肢体不自由 毎月第1・2・4水曜日 (受付 12時~13時30分) * 聴覚・言語機能障がい 毎月第1金曜日 (受付 9時~11時) ②介護保険 有・無 (要介護認定)								

(裏面へつづく)

※ 倉敷市処理欄

受付	台帳 (受付)	身更相判定予約	判定依頼	台帳 (決定)	台帳 (確認)

申請理由	<input type="checkbox"/> 日常生活に使用するため <input type="checkbox"/> 現在使用している補装具に不具合があるため <input type="checkbox"/> 現在使用している補装具のサイズがあわないため <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>
現在使用している補装具名等	<input type="checkbox"/> 有（申請と同種の補装具）平成・令和 年 月使用開始 【利用制度】 <input type="checkbox"/> 補装具費 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> （ ）平成・令和 年 月使用開始 【利用制度】 <input type="checkbox"/> 補装具費 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> （ ）平成・令和 年 月使用開始 【利用制度】 <input type="checkbox"/> 補装具費 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> （ ）平成・令和 年 月使用開始 【利用制度】 <input type="checkbox"/> 補装具費 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 自費購入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 無

■該当する所得区分に○をして下さい。

1月1日～6月30日までに申請された場合

前年の1月1日時点で倉敷市に住民票のない方は市町村民税額の確認できるものを添付してください。

7月1日～12月31日までに申請された場合

当該年の1月1日時点で倉敷市に住民票のない方は市町村民税額の確認できるものを添付してください。

区分	世帯の所得状況	月額負担上限
生活保護	生活保護世帯	0円
低所得	市民税非課税世帯	0円
一定所得以上	市民税所得割の額が46万円以上※	支給対象としない
一般	市民税課税世帯	37,200円

※ 市民税所得割の額が46万円を超えられる方については、「所得に係る19歳未満の扶養親族申告書」を提出していただく場合があります。

■世帯の範囲

区分	世帯範囲
障がい者（18歳以上）	本人+配偶者
障がい児（18歳未満）	住民票上の世帯

■生活保護への移行予防措置について

生活保護への移行予防措置を申請します。