自立支援医療(育成医療)治療用補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日　　年　　月　　日

福知山市長　様

（申請者）
住　　所
氏　　名
個人番号
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）をいたします。

公費負担者番号	1	6	2	6	6	0	3	3	自立支援医療費受給者番号								

受診者	住　　所	〒					
	フリガナ 氏　　名						
	個人番号						
	生年月日	年　月　日	性　別		電　話		
身体障害者手帳		手帳番号	第　　号	交付年月日	年　　月　　日		
		障害種別		障害等級			
障害名							
保険種別		有（社保・国保）　・　無					
疾患名　※							
購入・修理を受ける補装具名			治療用装具の価格	円			
			保険者から支給された療養費	円			
判定予定日							
希望する補装具業者	名　称						
	所在地						
	電　話		FAX				
該当する所得区分		1．生活保護　　2．低所得　　3．一般　　4．一定所得以上					
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。					
振込先	金融機関名	銀行　金庫 農協　組合	本(支)店 出張所	金融機関コード	店番		
	預金種別	1 普通 2 当座	フリガナ				
			口座名義人				
	口座番号						

この申請書に記載いただいた特定個人情報（福知山市個人情報保護条例（平成１６年福知山市条例第２２号）第２条第５号に規定する特定個人情報をいう。）は、自立支援医療費（育成医療）支給事業に係る事務に利用します。

※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を記載のこと

個人番号確認	□個人番号カード　□個人番号通知カード　□住民票 □その他（　　）	確認者
実存確認	□個人番号カード　□運転免許証　□パスポート　□身体障害者手帳 □健康保険証　□年金手帳　□福祉医療証　□通帳 □その他（　　）	
申請者	□本人 □代理人　代理権の確認　□委任状　　□その他（　　）	