

郡山市福祉事務所長

連絡先

なお、補装具費（購入・借受け・修理）の支給決定のため、住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関への調査、照会及び閲覧をすることに同意します。

対象者	住 所	個人番号							
	フリガナ 氏 名								
	生年月日	年	月	日	性別		電 話		
身体障害者手帳の 内 容		手帳番号	第		号	交付年月日	年	月	日
		障害種別					障害等級	種 級	
購入・借受け・修理を受ける補装具名									
判定予定日									
希望する補装具業者	名 称								
	所 在 地								
	電 話 番 号				FAX 番号				
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 1 ・ 一般 ・ 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（低率負担減免措置）を希望します。							

1 「生活保護」の所得区分には、生活保護受給世帯のほか、中国残留法人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯を含みます。

2 申請者氏名は、自署又は記名押印してください。

補装具費（購入・借受け・修理）の支給決定のため、郡山市福祉事務所長が当該申請者の属する世帯の構成員に係る住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関への調査、照会及び閲覧をすることを同意します。

※氏名は、自署又は記名押印してください。

世帯員氏名_____本人との続柄（ ）

個人番号：

世帯員氏名_____本人との続柄（ ）

個人番号：

世帯員氏名_____本人との続柄（ ）

個人番号：

世帯員氏名_____本人との続柄（ ）

個人番号：

世帯員氏名_____本人との続柄（ ）

個人番号：