

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	☐ 大正	年	月	日	
	氏名												☐ 昭和				
	個人番号												☐ 平成				(
	居住地	〒 倉敷市 電話番号 () -															
	生活状況	☐ 在宅 ☐ 施設 () ☐ 医療機関 ()										配偶者 生年月日	年	月	日		
	配偶者氏名	☐ 有 ☐ 無															
	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	☐ 平成	年	月	日		
支給申請に係る児童氏名												☐ 令和					
個人番号												(				歳)	
身体障害者手帳番号	☐ 倉敷市 ☐ 岡山県 ☐ その他 (県・市) 第 号 (級)																
障がい内容	☐ 肢体 (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 体幹) ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 平衡 ☐ 言語 ☐ その他 ()																
購入・修理を受ける補装具名	☐ 補聴器 (耳かけ型 耳あな型 ポケット型 その他)																
	☐ 車椅子 ☐ 電動車椅子 ☐ 歩行器 ☐ 姿勢保持装置 (屋内用 屋外用)																
	☐ 義肢 (義手 義足) ☐ 車載用姿勢保持装置																
	☐ 装具 (上肢装具 下肢装具 体幹装具 靴型装具)																
	☐ 義眼 ☐ 眼鏡 (矯正 遮光 弱視 コンタクトレンズ)																
	☐ 歩行補助つえ (松葉杖 多点杖 ロフストランドクラッチ プラットホーム杖)																
	☐ 視覚障がい者安全つえ																
希望する業者名	☐ 重度障がい者意思伝達装置																
	☐ その他 ()																
	☐ 希望する業者名 ☐ 有 () ☐ 未定																
	☐ 希望支給方法 ☐ 代理受領 (自己負担額のみ業者へ支払い) ☐ 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	☐ 日常生活に使用するため ☐ 現在使用している補装具に不具合があるため ☐ 現在使用している補装具のサイズがあわないため ☐ その他
現在使用している補装具名等	☐ 有（申請と同種の補装具）平成・令和 年 月使用開始 【利用制度】☐補装具費 ☐医療保険 ☐自費購入 ☐その他 ☐ （ ）平成・令和 年 月使用開始 【利用制度】☐補装具費 ☐医療保険 ☐自費購入 ☐その他 ☐ （ ）平成・令和 年 月使用開始 【利用制度】☐補装具費 ☐医療保険 ☐自費購入 ☐その他 ☐ （ ）平成・令和 年 月使用開始 【利用制度】☐補装具費 ☐医療保険 ☐自費購入 ☐その他 ☐ 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。

※ 対象者が児童の場合は除く。

■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。