様式（第１－１号）

（あて先）仙　台　市　長

補装具費支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日**裏面の項目について承諾・同意の上、下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受・修理）をいたします。** | ２ | ０ |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日　　※西暦で記入 |
| 利用者氏名 |  |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 個人番号 |  | ←本年1月1日時点で市外に在住していた方のみ記入 |
| 居住地 | 郵便番号 | 電　話　番　号 |
|  |  |  | ― |  |  |  |  |  |
| 仙台市　　　　　区 |
| 補装具利用者が**18歳以上であり、かつ配偶者がいる場合**、以下に**配偶者**の氏名・生年月日を記入 |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日　　※西暦で記入 |
| 配偶者氏名 |  |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 個人番号 |  | ←本年1月1日時点で市外に在住していた方のみ記入 |
| 補装具利用者が**18歳未満の場合**、以下に**保護者**の氏名・生年月日を記入 |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄 |  |
| 生年月日　　※西暦で記入 |
| 保護者氏名 |  |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 個人番号 |  | ←本年1月1日時点で市外に在住していた方のみ記入 |
| 身体障害者手帳の有無 | ☐　有　　　　□　無※該当する方を☑ | 障害者総合支援法の対象疾病の有無 | ☐　有　　　　□　無※該当する方を☑し、「有」の場合は疾患名を記入疾患名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

補装具を利用する方が18歳以上の場合は利用者本人を、18歳未満の場合は保護者を「申請者」とします。

申請に係る補装具について

|  |  |
| --- | --- |
| 補装具の種目※右記の項目から申請する種目を☑ | □ 補聴器　□ 人工内耳用音声信号処理装置 |
| □ 義肢（義手・義足）　□ 装具　□ 姿勢保持装置　□ 車椅子　□ 電動車椅子□ 歩行器　□ 歩行補助つえ　□意思伝達装置(18歳未満のみ　□ 起立保持具　□座位保持椅子（頭部保持具）　□排便補助具) |
| □視覚障害者安全つえ　　□眼鏡　　　□義眼 |
| 補装具費支給事由 | □購入　　□借受け　　□修理（修理部位　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望する補装具製作業者 |  |
| 補装具費の受領方法（代理受領について） | 補装具費の受領を補装具制作業者に　　　□ 委任する　　　　□ 委任しない |

この申請により、下記について承諾・同意したものとします。

１．補装具費の支給申請(購入・借受け・修理)の認定・決定にあたり、必要な事項（世帯の住民登録情報、税務情報）について調査、照会、閲覧すること。

２．障害の状態等、支給決定に必要な情報について、関係機関（補装具製作業者、相談支援事業所、医療機関、利用施設、介護支援専門員（ケアマネジャー）等）から、情報提供を受けること。

３．利用者が生活保護受給世帯（中国残留邦人等支援給付受給世帯も含む）に属する場合、または利用者が市町村民税非課税世帯に属する場合は、利用者負担金の減免を申請したものとすること。

４．補装具費の対象とならない場合、補装具費の支給に至らない場合があること（※下記参照）。

５．支給上限額は、原則、補装具費支給基準の価格となること。

６．支給個数は、原則、1具となること。

７．支給額に差額を自己負担し、希望の製品を買うことが認められない場合があること。

* 次の場合は、補装具費支給制度の対象外です。

☑ 利用者本人またはその配偶者の市民税所得割額が46万円以上である場合。

☑ 医療保険、介護保険、自動車保険、労災保険でその用具が給付または貸与可能である場合。

☑ 既にその製品を購入又は修理している場合。

☑ 故意により紛失または破損した補装具の再購入または修理の場合。

☑ 居住地特例に該当する場合。

次のいずれかの場合、居住地特例に該当します。以前お住まいの市町村に申請してください。

①仙台市外から、市内の障害者支援施設、グループホーム、救護施設、療養介護の病院に直接入所・入院した場合。

②令和5年4月1日以降に、仙台市外から、市内の有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設に直接入所した場合。