

補装具費支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等申請書

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。

申請年月日 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 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>※該当する方を☑ | 障害者総合支援法の対象疾病の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>※該当する方を☑し、「有」の場合は疾患名を記入<br>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<br>※右記の項目から申請する種目を☑ | <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 人工内耳用音声信号処理装置  |
|                            | <input type="checkbox"/> 義肢（義手・義足） <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 姿勢保持装置 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子<br><input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 意思伝達装置<br>(18歳未満のみ <input type="checkbox"/> 起立保持具 <input type="checkbox"/> 座位保持椅子（頭部保持具） <input type="checkbox"/> 排便補助具)<br><input type="checkbox"/> 視覚障害者安全つえ <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 義眼 |
| 補装具費支給事由                   | <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 借受け <input type="checkbox"/> 修理（修理部位 _____）   |
| 希望する補装具製作者                 |  |
| 補装具費の受領方法<br>(代理受領について)    | 補装具費の受領を補装具製作者に <input type="checkbox"/> 委任する <input type="checkbox"/> 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。