在宅重度・様式１

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 在宅重度身体障害者等補装具支給支援事業申請書  第　　　　　　　号  年　　　月　　　日  岡山県身体障害者更生相談所長　殿  市　町　村　長  次の者に対する事業適用を申請する。 | | | |
| 障 害 者 名 | 男  女 | 年　　月　　日（　歳） | |
| 住　　　　所 |  | | |
| 身 体 障 害 者  手　　　　　帳 | 第　　　　　　　　　　　号  （　　　　年　　　　月　　　　日交付） | | 第　　　の　　号  　　　　　　　　　　級 |
| 手 帳 障 害 名 |  | | |
| 疾　患　名 | （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） | | |
| 事業適用を必要  とする理由 |  | | |
| 希 望 補 装 具 |  | | |
| 備　　　考 | 希望事業者名 | | |