|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名・年齢 |  | | （　　　　　歳） |
| 医療保険 | 後期高齢　国民健康保険　社会保険　生活保護 | | |
| 要介護度 | 要支援１・２　要介護１・２・３・４・５ | | |
| 治療中の  疾病等 |  | | |
| 同居家族 | 配偶者　子　父親　母親　その他（　　　　　） | | |
| 現在の  生活場所 | 自宅（一軒家　マンション　アパート　公営住宅　その他）  施設（種類：　　　　　　　名称：　　　　　　、入所年月日：　　　　　　）  医療機関（名称：　　　　　　入院日：　　　　　　、退院予定日：　　　　　　） | | |
| 職業 | 無職　就業（職種・職務内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 申請する  補装具 | (1)名称・型式：  (2)支給申請　：新規申請  再交付申請（前回交付：　　　　　年）  修理申請（人工内耳）  (3)使用目的　：日常生活　仕事　通院　通所　通学  (4)使用場所　：屋内　屋外  (5)使用頻度　：１日　　　時間、週　　　日 | | |
| 使用中の  補装具  ※試用レンタルは「なし」 | なし |  | |
| あり | 使用中の補装具について、種類と使用状況（常時使用、職場（学校）用として使用、など）を記入ください。 | |
| 申請する補装具が必要な理由 | 申請理由（○○をするために必要、など。再交付・修理申請の場合は、再交付・修理が必要な理由（破損や劣化部位、原因など）も記入ください。　※支給申請書裏面に記入いただいている場合は記入不要です。 | | |