

# 補装具費支給申請書

年 月 日

加古川市長 様

住所 加古川市  
 申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

※ 申請者は障がい者本人。ただし、18歳未満は保護者。

下記により補装具費の（ ）支給申請をします。申請にあたり、市が私及びその世帯員の住民基本台帳、課税状況、障害福祉サービスの申請資料等を調査することに同意します。

対象者(児)	ふりがな			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (チェックで省略可)	男・女	個人番号
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (チェックで省略可) 加古川市		
	身体障害者	手帳番号 / 交付日	兵庫県・兵東加・( ) 第 号	年 月 日 交付
		障害名		
	難病患者等	疾病名		
公費負担医療の受給者番号		号	※特定疾患医療受給者証の写しを添付 (特定疾患治療研究事業対象者のみ)	
購入 ( ) を受けたい補装具名				
修理を要する部位				
希望業者名				
月額負担上限額 認定区 分 (対象期間: R2.1~R2.12)		・生活保護世帯 0 円	・市民税非課税世帯 0 円	・市民税課税世帯 37,200 円
前回の給付		<input type="checkbox"/> ( ) 年 月 日給付(耐用年数 年) <input type="checkbox"/> ( ) 年 月 日給付(耐用年数 年) <input type="checkbox"/> ( ) 年 月 日給付(耐用年数 年) <input type="checkbox"/> 他制度給付の有無 ( 損害賠償制度 ・ 業務災害補償制度 ・ 医療保険制度 ) 年 月作製		
備考				

給付決定番号 \_\_\_\_\_

# 扶養対象児童申告書

## 申告対象

令和2年12月31日現在における、0歳から15歳までの扶養対象児童及び16歳から18歳までの扶養対象児童（令和2年中の合計所得が38万円以下の児童に限る）

0～15歳の扶養対象児童 (平成17年1月2日～令和2年12月31日生まれ)			
ふりがな 氏名	生年月日	同居・別居 の区別	扶養者
	年 月 日	同居・別居	父・母・( )
	年 月 日	同居・別居	父・母・( )
	年 月 日	同居・別居	父・母・( )
	年 月 日	同居・別居	父・母・( )
	年 月 日	同居・別居	父・母・( )
	年 月 日	同居・別居	父・母・( )
16～18歳の扶養対象児童 (平成14年1月2日～平成17年1月1日生まれ)			
ふりがな 氏名	生年月日	同居・別居 の区別	扶養者
	年 月 日	同居・別居	父・母・( )
	年 月 日	同居・別居	父・母・( )
	年 月 日	同居・別居	父・母・( )

### 【扶養控除の見直しに伴う補装具費支給の影響について】

平成24年度分より市民税の年少扶養控除等が廃止されました。

加古川市では、これにより補装具費支給に関する負担に影響が生じることがないように、扶養控除の廃止対象者を特定したうえで、扶養控除見直し前の旧税額を再計算し、その税額をもって負担上限月額  
の算定を行うこととしました。