

第1号様式（第4条関係）

戸田市身体障害者等の補装具費の支給に係る
利用者負担額に対する助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）

戸田市長

（申請者）

住 所

氏 名

電 話

個人番号

戸田市身体障害者等の補装具費の支給に係る利用者負担額に対する助成実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

1. 身体障害者等氏名

（生年月日 年 月 日生）

（個人番号 ）

2. 障 害 名

（障害等級 級 種）

3. 対象となる補装具名、補装具業者名

4. 補装具費の支給に係る利用者負担額

円