補	装 具 費	,助	成 金	請求	書	
請求金額						円
組 合 員 記 号 番 号	_	組	合員氏名			
補 装 具 等 受給者氏名			組合	合員との続桐	र्ज (	)
補 装 具 名修理部位置						
費用負担区分	公費負担額					円
	自己負担額					円
上記のとおり請求します。 鳥取県市町村職員共済組合理事長 殿 年 月 日 住 所 請 求 者 氏 名						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 職 名						
	所属所長	元 名				
決		課長	É	<b>議</b>		主査
裁裁	月日					

<sup>※</sup> 短期給付の対象となる補装具 (コルセット等) は、この助成の対象となりません。

## ≪対象となる補装具≫

- 1. 障害者自立支援法の規定による補装具(身体障害者手帳が交付されている方)
- 2. 医師の診断に基づき装着した補装具であり、療養費・家族療養費に該当しない補装具

## ≪添付書類≫

- 対象となる補装具1に該当する場合
  - ・補装具交付・修理決定通知書(市町村からの助成分)
  - 領収書
  - ・身体障害者手帳等の写し
- 対象となる補装具2に該当する場合
  - ・補装具を必要とする医師の診断書
  - 領収書