

車椅子・電動車椅子・座位保持装置 来所相談申込書

フリガナ		性別	生 年 月 日	M T S H R	年	月	日 (歳)
氏 名		男・女					
住 所							
希望補装具名 (種目・名称)		特例処方	有 ・ 無				
1 希望補装具付属部品等の必要な理由							
名称		必要な理由 (※個別具体的な理由を詳細に記載すること。)					
2 修理が必要な状況・修理が不可能な理由・作り替えが必要な理由 等							
特例補装具	特例補装具名						
	必要な理由						
上記の理由により 車椅子・電動車椅子・座位保持装置及びその付属品を必要としますので申し込みます。							
令和 年 月 日		住所					
		氏名					
		印					
製作者		担当者		来所希望日	令和 年 月 日 ()		

以下、福祉総合相談所使用欄のため記入しないでください。

福祉総合相談所 受付年月日	令和 年 月 日	来所決定日	令和 年 月 日 ()
------------------	----------	-------	--------------

障がい相談班長 主査 課員

※ 来所相談は予約制です。希望日の3日前（土日祝祭日を除く。）の17:00までに本予約表を提出してください。
相談所からの来所予定日の変更もありますので、申込者には説明してください。
※ 来所時及び処方後の訂正は原則として認めませんので、十分検討の上提出してください。