補装具製作報告及び修理対応依頼書
（障害者総合支援法以外）

１　製作に利用した制度等（□にチェックし(　)内の該当箇所に〇をしてください）

□　健康保険（国民健康保険・健康保険・共済組合）

□　労働者災害補償保険　　□　　寄贈　　□　自費

□　その他（　　）

２　１の制度による修理の可否・問い合わせ結果（□にチェックし問い合わせ先を記入してください）

□　修理可能　　□　修理不可能

問い合わせ先（関係機関等）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注）医療機関ではなく、該当する市町村窓口や関係事業所、社会保険事務所等に確認してください。
修理可能の場合は、関係機関の指示を受けて対応をお願いします。

上記のとおり、製作に利用した制度等では修理不可能であるため、障害者総合支援法での修理をお願いします。

令和　　年　　月　　日

住　所

氏　名　　印

修理予定業者

住　所

氏　名　　印

様