

義肢装具 来所相談申込書

氏名		生年月日	M T S H R	年 月 日	歳
住所					〒
身障手帳	(S, H, R) 年 月 日交付 熊本県()第 号 級				
障害名					
職業(具体的に)					
使用中義肢装具	名称:	交付日	年 月 日		
	型式:	製作者名			
義肢装具を支給・修理を希望する理由(名称・型式等も含めて具体的に)					
.....					
.....					
.....					
使用中の義肢装具の不適合・不具合状況					
箇所	状況(詳細に)				
上記の理由により義肢装具を必要としますので申込みます。				概算額 (円)	
年 月 日					
住所				
氏名				
援護の実施者確認欄					
年 月 日				市町村名	
				担当者氏名	
				

- 1 必要事項を記入のうえ、市町村担当者に申請の概要と概算額を説明し、確認を受けてください。
- 2 当書面及び添付書類(骨格構造義肢申請理由書、概算見積書、カタログ(写)等)を熊本県福祉総合相談所に提出してください。
- 3 内容確認後、製作希望業者に来所日調整の連絡をします。

熊本県福祉総合相談所受付年月日: 年 月 日				
障がい相談班長	補装具判定主任技師	課員	主査	
※来所日調整指示年月日: 年 月 日				