

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			生 年 月 日	M T S H R	年	月	日 ( 歳)
氏 名							
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。							
年 月 日		住所					
		氏名					
製作者		担当者		来所希望日		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		年 月 日	来所決定日		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。