

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					
職業(具体的に)		電話番号			
手帳情報	番号	第	号	等級	級
障害名					
使用中の 義肢・装具	名称:		交付日	年 月 日	
	型式:		事業者		
義肢装具の支給(購入・修理・借受け)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及び不具合の状況					
箇所	詳細な状況				
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。					
年 月 日		申請者()			
援護の実施者確認欄			概算額 () 円		
市町村()		担当者()			
希望事業者()		担当者()			

1. 必要事項を記入のうえ、事前に市町村担当者に申請の内容と概算額を説明してください。
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、希望事業者に来所日調整の連絡をします。

以下、相談所使用欄のため記載不要

相談所受付日:	年	月	日	※来所日調整依頼日:	年	月	日
障がい相談班長	主査		課員				

熊本県福祉総合相談所