

車椅子・電動車椅子・姿勢保持装置 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)	※モジュラー式、レディメイド式の場合はカタログ添付				
1. 希望補装具付属部品等の必要な理由					
名 称		必要な理由 (詳細に記載すること。)			
2. 希望補装具が必要な理由、作り替えが必要な理由(修理が不可能な理由含む)、修理が必要な理由 等					
特例補装具 有・無	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 申請者 ()					
事業者		担当者		来所希望日	年 月 日

※来所相談は予約制のため、希望日の3日前(土日祝祭日を除く。)の17:00までに本書を提出してください。

なお、相談所からの来所予定日の変更もありますので、申請者等にご説明ください。

※来所時及び処方後の訂正は原則として認めませんので、事前に関係者と検討の上提出してください。

以下、相談所使用欄のため記載不要

相談所受付日:	年 月 日	※来所決定日:	年 月 日
障がい相談班長	主査	課員	

熊本県福祉総合相談所