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）

年　　月　　日

申請者名：

住　　所：

事業者名（担当者名）：　　（　　）

１．補装具の種目（□にチェックしてください）

□　義肢　　□　装具　　□　姿勢保持装置
□　車椅子　　□　電動車椅子　　□　補聴器（右・左・両）
□　その他（　　）

製品名（製品番号）等がある場合は記入ください
〔　　〕

２．製作に利用した制度等（□にチェックし、該当箇所に○をしてください）

□　有〔国民健康保険・社会保険・共済組合・労働者災害補償保険
その他（　　）〕

□　無〔自費購入・寄贈〕

３．２で制度の利用が「有」の場合、修理について各種制度利用の可否に対する問い合わせ先を記載してください。

問い合わせ先（機関名）：

（担当者名）：

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。

上記、機関に問い合わせを行った結果、支給制度での修理対応が不可だったため、今後は本補装具を障害者総合支援法により支給された補装具とみなして取扱われることに同意し、福祉制度を利用して修理することを希望します。