

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		性別	生 年 月 日	MT SH	年	月	日	(歳)
氏 名		男・女						
住 所								
希望補装具名 (種目・名称)	※レディメイドの場合はカタログを添付すること							
1 希望車椅子付属品の名称と必要な理由								
名 称			必要な理由 (詳細に記載すること)					
2 車椅子が必要な理由、作り替えが必要な理由 (修理が不可能な理由含めて)、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 ※別紙で詳細資料等の提出を お願いする場合があります。							
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。								
平成 年 月 日 住所								
氏名 印								
製作者名		担当者名		来所希望日	年	月	日	()
以下、熊本市障がい者福祉相談所使用欄のため記入しないでください。								
障がい者福祉相談所 受付年月日	年	月	日	来 決 定 日	年	月	日	()
					主査		担当者	

※ 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。