

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	M T S H R	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。							
令和 年 月 日			住所 -----				
			氏名 -----				
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	来所 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。