

義肢・装具 来所相談申込書

フリガナ		M T S H R	年 月 日 歳
氏 名			
住 所			Tel
職 業 (具 体 的 に)			
使用中義肢・装具	名称：	交付日	
	型式：	製作者名	
義肢・装具の支給・修理を希望する理由(申請予定義肢装具の名称・型式等も含めて具体的に)			
使用中の義肢・装具の不適合、不具合状況			
箇 所	状 況 (詳 細 に)		
上記の理由により義肢・装具を必要としますので申し込みます。			
令和 年 月 日			
住 所			
氏 名			

- 1 当書面及び添付書類(概算見積書、カタログ(写)、骨格構造義肢申請理由書等)を熊本市障がい者福祉相談所に提出してください。
- 2 内容確認後、製作希望業者に来所日調整の連絡をします。

相談所受付年月日: 令和 年 月 日	主 査	担 当 者
--------------------	-----	-------