

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		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)				
<small>※レディメイドの場合はカタログを添付すること</small>				
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 <small>※別紙で詳細資料等の提出をお願いする場合があります。</small>			
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
				令和 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	令和 年 月 日	来 所 決 定 日	令和 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。