

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)

申請者：\_\_\_\_\_

住所：\_\_\_\_\_

修理予定業者：\_\_\_\_\_

1 補装具の種目について (□にチェックしてください)

- |                                  |                                |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 義肢      | <input type="checkbox"/> 装具    | <input type="checkbox"/> 座位保持装置      |
| <input type="checkbox"/> 車椅子     | <input type="checkbox"/> 電動車椅子 | <input type="checkbox"/> 補聴器 (右・左・両) |
| <input type="checkbox"/> 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 (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・寄贈)

3 2で制度の利用が「有」の場合、制度による修理の可否・問い合わせ結果  
(□にチェックし、問い合わせ先を記入してください)

- 修理可能
- 修理不可能

問い合わせ先 (関係機関等) : \_\_\_\_\_

注) 医療機関ではなく、該当する区役所窓口や関係事業所、社会保険事務所等に確認してください。修理可能の場合は、関係機関の指示を受けて対応ください。

今後は、この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、修理することを希望します。