

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			
職 業 (具 体 的 に)			
使用中の義肢・装具	名称 :	交付日	年 月 日
	型式 :	事業者	
義肢・装具の支給・修理を希望する理由(名称・型式等も含めて具体的に)			
<div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div>			
使用中の義肢・装具の不適合及び不具合の状況			
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。			
年 月 日 申請者 -----			

- 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、製作希望事業者に来所日調整の連絡をします。

熊本市障がい者福祉相談所