

車椅子・電動車椅子・姿勢保持装置 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) | モジュラー式、レディメイド式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 希望補装具が必要な理由、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。 | | | |
| <p>上記の理由により 車椅子・電動車椅子・姿勢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。</p> <p>年 月 日 申請者</p> <p>-----</p> | | | | |
| 事業者 | | 担当者 | | 来所希望日 年 月 日 () |

相談所からの来所予定日の変更もありますので、申請者等にご説明ください。
来所時及び処方後の訂正は原則として認めませんので、事前に関係者と検討の上提出してください。

熊本市障がい者福祉相談所