

八街市補装具業者登録申請書

年 月 日

八街市福祉事務所長 様

所 在 地

事 業 所 名 称

代 表 者 氏 名

印

八街市における補装具業者として登録を受けたいので、八街市補装具費の支給に関する規則第11条の規定により必要書類を添えて申請します。また、八街市補装具費の支給に関する規則第16条に規定する事項について情報提供することに同意します。

フリガナ 事業所名称				
フリガナ 代表者の氏名 (事業所)				
事業所の 所在地	(〒 -)			
連 絡 先	電話番号		FAX 番号	
取扱い 補装具種目 (取扱いをする種目の左に○印を記入してください)	車いす (*)		電動車いす(*)	座位保持装置
	義肢		装具	補聴器
	眼鏡		歩行補助つえ	盲人安全つえ
	骨格構造義肢 (*)		殻構造義肢 (*)	義眼
	児童用保持		重度障害者用意思伝達装置	

※ (*) の種目を取り扱う場合には、事業所調書の他に、本市が指定する種目別調書の添付が必要です。