

様式第 1 0 号（第 1 1 条）

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 1 1 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 1 6 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)		車椅子 (*)		電動車椅子(*)	姿勢保持装置
		義肢 (*)		装具	補聴器
		眼鏡		歩行補助つえ	視覚障害者安全つえ
		義眼		起立保持具	車載用姿勢保持装置
		排便補助具		重度障害者用意思伝達装置	
		歩行器		人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る）	

※ (*) 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。