|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |  | 申請日 | | | 年　　月　　　日 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  | （申請者） | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  |  | 住　　所 | |  | | | | | |
|  |  | |  |  |  | 氏　　名 | |  | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  | | 対象者との続柄 | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | 電　　話 | |  | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  | | （児童の場合は保護者の氏名） | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 住　　　所 | |  | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 | |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 大・昭・平・令　　　年　　月　　日 | | | 年齢 |  | | | 性別 | | 男・女 | |
| 身体障がい者手帳 | | | 手帳番号　　　　　県　　第　　　　　　　号 | | | | | 補装具交付年度　　　　　　年 | | | | | |
| 障がい名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 補装具名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 修 理 依 頼 事 項  記載日  　　　年　　月　　日  記載者 | | | □具体的な不具合についての記載をして下さい。 | | | | | | | | | | |
| 補装具  業者 | | 名　称 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 |
| 電　話 |
| 業者の見解  記載日  　　　年　　月　　日  記載者（担当者） | | | □交付内の部品等交換  □採型・採寸を要する修理  □部品の追加・変更  □修理困難（再交付対象）  □緊急対応（応急処理済み）  □その他  ※緊急対応の受理日は電話を受けた日になります。  ※対応年数ではなく修理の要、不要を判断し、修理  不能の場合は再交付を勧め、15条指定医の意見書  が必要であることを説明して下さい。 | | | | | | | | | | |
| 受理年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | 市町村  ㊞  担当者氏名 | | | | | | | |
| 検収年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | 検収者  氏名 | | | | | | | |

修理依頼書

㊞