|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | 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

㊞