

補装具業者登録申請書

令和 年 月 日

水戸市福祉事務所長 様

所在地

事業者名称

代表者氏名・印

水戸市における補装具業者として登録を受けたいので、水戸市補装具費の代理受領に係る補装具業者の登録等に関する要項第2条に基づき、必要書類を添えて申請します。

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			
取扱補装具種目 (取扱をする種目の左に ○印を記入してください)		骨格構造義肢		眼鏡		歩行補助つえ
		殻構造義肢		補聴器(*)		重度障害者用意思伝達装置
		装具		車いす(*)		
		座位保持装置		電動車いす(*)		
		盲人安全つえ		歩行器		
		義眼		児童用保持		

※(*)の種目を取扱う場合には、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。