

# 修理依頼書

申請日 年 月 日

(申請者)  
住所  
氏名

印

対象者との続柄

電話

(児童の場合は保護者の氏名)

対象者	住所			
	フリガナ氏名			
	生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	歳 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		<input type="checkbox"/> 具体的な不具合についての記載をして下さい		
記載日 年 月 日				
記載者				
補装具業者	名称			
	所在地			
	電話			
業者の見解		<input type="checkbox"/> 交付内の部品等交換 <input type="checkbox"/> 採型・採寸を要する修理 <input type="checkbox"/> 部品の追加・変更 <input type="checkbox"/> 修理困難(再交付対象) <input type="checkbox"/> 緊急対応(応急処置済み) <input type="checkbox"/> その他		
記載日 年 月 日				
記載者(担当者)		<div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;">           ※緊急対応の修理日は電話を受けた日になります。            ※耐用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。         </div>		
受理年月日	年 月 日	市町村 担当者氏名 印		
検収年月日	年 月 日	検収者 氏名 印		