

補装具交付(修理)申請書

児

年 月 日

鏡石町長 様

申請者住所
氏 名

15歳未満の 児童氏名	年 月 日生
住 所	

下記により関係書類を添えて補装具の交付(修理)を申請します。

記

身体障害者手帳番号 及び交付年月日	福島県 第 号 (昭和 平成 年 月 日交付)		
障 害 名		等 級	種 級
交付(修理)を受けたい 補装具の名称		修理を要 する部位	
希望する業者名			
制作(修理)上特に 希望する事項			
同じ補装具をいま までに受けた回数	交付 回	修理 回	前回交付年月日 年 月 日
備 考			

(備考) 1 不要の文字は抹消すること。

2 施設に入所中の児童又は里親委託された15歳未満の児童の場合は、施設長庁
又は里親を申請者とする。