

様式第 1（第 2 条関係）

補装具業者登録申請書

年 月 日

半 田 市 長 殿

所 在 地

事業者名称

代表者氏名

半田市における補装具業者として登録を受けたいので、半田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綱第 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）		義肢		視覚障害者安全つえ
		装具		義眼
		姿勢保持装置		眼鏡（色めがねを除く）
		補聴器		歩行器
		人工内耳		歩行補助つえ（一本つえを除く）
		車椅子（オーダーメイド）		車載用姿勢保持装置
		車椅子（レディメイド）		起立保持具（障害児のみ）
		電動車椅子		排便補助具（障害児のみ）
		重度障害者用意思伝達装置		