

補装具費代理受領事業者登録届出書

年 月 日

(提出先)

大 阪 市 長

所 在 地

事業者名称

代表者氏名・印



大阪市における補装具費代理受領事業者として登録を受けたいので、補装具費の代理受領事業者の登録に関する要綱第 3 条に基づき、必要書類を添えて届出ます。

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		Eメール アドレス
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(*)		歩行補助つえ	児童用保持具
		殻構造義肢(*)		座位保持装置	重度障がい者用意思伝達装置
		装具		盲人安全つえ	
		車椅子(*)		義眼	
		電動車椅子(*)		眼鏡	
		歩行器		補聴器(*)	

※新たに(*)の種目を取扱う場合には、事業所調書(様式 2)の他に、本市が指定する調書(様式 3)の添付が必要です。

() 義肢・装具・座位保持装置の完成用部品及び重度障がい者意思伝達装置の貸付を行う。