

補装具適合判定予約表

補装具取扱業者名

担当者名

電話番号

適合判定日 令和 年 月 日

適合判定場所 (リハセン・東淀川・港・城東)

| No | 来所 No (リハ セン記 入) | ※FAX の場合は記入 しないでください。 氏 名 | ケース番号 | 補装具名 | 完成 仮合せ | 来所 現物 | 支給 券 | 適合部屋 番号 (リハ セン記入) |
|----|------------------------------|---------------------------------|-------|------|-----------|----------|---------|-------------------------|
| 1 | | | | | 完 仮 | 来 現 | | |
| 2 | | | | | 完 仮 | 来 現 | | |
| 3 | | | | | 完 仮 | 来 現 | | |
| 4 | | | | | 完 仮 | 来 現 | | |
| 5 | | | | | 完 仮 | 来 現 | | |
| 6 | | | | | 完 仮 | 来 現 | | |
| 7 | | | | | 完 仮 | 来 現 | | |
| 8 | | | | | 完 仮 | 来 現 | | |
| 9 | | | | | 完 仮 | 来 現 | | |
| 10 | | | | | 完 仮 | 来 現 | | |
| 11 | | | | | 完 仮 | 来 現 | | |

「業者各位」

※ 適合判定は、必ず区役所から支給券をもらってから予約を入れるようにして下さい。

※ 支給券の有無の確認をしますので、支給券がある場合は、支給券の欄に○印を入れて下さい。

※ なお適合判定の完成の時には、見積書と照合しますので、見積書を忘れずに持ってきて下さい。

| |
|---|
| 大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター 相談課 FAX 06-6797-8222 |
|---|