

受付番号

# 補 装 具 業 者 登 録 届 出 書

年 月 日

(あて先)小金井市長

所 在 地

事 業 者 名 称

代表者氏名・印

小金井市における補装具業者として登録を受けたいので、小金井市補装具費の代理受領に係る補装具業者の登録に関する要綱に基づき、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)	<input type="checkbox"/> 骨格構造義肢	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 頭部保持具
	<input type="checkbox"/> 殻構造義肢	<input type="checkbox"/> 盲人安全つえ	<input type="checkbox"/> 座位保持いす
	<input type="checkbox"/> 装 具	<input type="checkbox"/> 義 眼	<input type="checkbox"/> 起立保持具
	<input type="checkbox"/> 座位保持装置	<input type="checkbox"/> 眼 鏡	<input type="checkbox"/> 重度障害者用意思 伝達装置
	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ	
<input type="checkbox"/> 電動車いす	<input type="checkbox"/> 補聴器		