

補装具業者登録申請書

年 月 日

八雲町長 様

所 在 地

事 業 者 名 称

代 表 者 氏 名

八雲町における補装具業者として登録を受けたいので、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)		骨格構造義肢		眼鏡	歩行補助つえ
		殻構造義肢		補聴器	重度障害者用意思伝達装置
		装具		人工内耳 (※音声信号 処理装置修理)	障害児 (座位保持椅子、 起立保持具、頭部保持具、 排便時補助具)
		座位保持装置		車いす	
		視覚障害者安全つえ		電動車いす	
		義眼		歩行器	