

(様式第 1 号)

補装具費の代理受領に係る業者登録申請書

交野市福祉事務所長 宛

年 月 日

申請者 所在地
事業者名称
代表者氏名

交野市における補装具費代理受領業者として登録を受けたいので、交野市補装具費の代理受領に係る業者の登録等に関する要綱第 3 条に基づき、次のとおり申請します。

フリガナ							
事業所名称							
フリガナ							
事業所代表者							
事業所所在地							
連 絡 先	電話番号		ファックス 番号				
	メール アドレス						
取扱補装具種目（取扱いをする種目の左に○をしてください。） ※貸付けについては右の「貸付け取扱補装具」にも○をしてください。							
	骨格構造義肢		歩行器		眼鏡		㊦起立保持具
	殻構造義肢		歩行補助つえ		補聴器		㊦頭部保持具
	装具		座位保持装置		人工内耳（修理）		㊦排便補助具
	車椅子		視覚障がい者安全つえ		重度障がい者用 意思伝達装置		
	電動車椅子		義眼		㊦座位保持椅子		
	貸付け※	貸付け取扱 補装具	義肢・装具・歩行器・座位保持装置・重度障がい者用意思伝達装置				

添付書類 確約書（様式第 2 号）
履歴全部事項証明書の写し（個人事業主の場合：住民票抄本）
法人市民税納税証明書（個人事業主の場合：市民税納税証明書）
その他所長が必要と認める書類