

様式第7号(2)

補装具申請用調査書(施設入所者用)

年 月 日

市 町 村 長 様

1 補装具申請者住所・氏名 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

2 担当者名(ケアマネージャー等) 職・氏名 \_\_\_\_\_

3 担当者所属名 事業者名・施設名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_

4 申請補装具名 補装具名 \_\_\_\_\_

5 要支援・要介護状態 区 分 \_\_\_\_\_

6 施設の備品では対応できない理由