様式第１号（第２条関係）

年　　月　　日

補装具事業者登録申請書

　古河市長　宛て

事業者　名　　　称

代表者氏名

所　在　地

電話番号

　古河市補装具費の代理受領に係る補装具事業者の登録等に関する要綱第２条第１項の規定に基づき補装具事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 |  |
| 事業所の名称 |  |
| フリガナ |  |
| 事業所の代表者氏名 |  |
| 事業所の所在地 | （〒　　　－　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 取扱補装具種目（取扱いをする種目の左に○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 |  | 車椅子（＊） |  |  |
|  | 姿勢保持装置 |  | 電動車椅子（＊） |  |  |
|  | 視覚障害者安全つえ |  | 歩行器 |  |  |
|  | 義眼 |  | 児童用保持 |  |  |
| ※（＊）の種目を取り扱う場合は、次の該当箇所の左に○印を記入してください。 |
| 義肢及び装具 |  | 義肢装具士を事業者又は事業所内に配置している。 |
|  | 義肢装具士を配置していない。（採寸のみ取扱い可能） |
| 補聴器 |  | 薬事法に基づく届出をしている。 |

※　添付書類：会社概要（パンフレット等に記載されているものがあれば、その写しの添付でも可）