補装具業者登録申請書

記載例

令和　年　　月　　日

市に提出する日または

郵送する日（空欄も可）

堺市長　殿

所在地　　　　　堺市堺区●●町△丁◇番地□号

事業者名称　　　株式会社　堺福祉サービス

代表者：**職氏名**　**代表取締役　大阪　太郎**

本社の情報を記入。下記の事業所と同じでももちろん構いません。

事業所（支店、店舗など）について記入してください。この事業所の名前が、福祉システムに登録され、支給券に印字されます。

堺市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。

なお、登録後は裏面に記載された登録要件を遵守します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | カブシキガイシャ　サカイフクシサービス　ナカモズシテン | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | 株式会社　堺福祉サービス　中百舌鳥支店 | | | | | | | | | |
| フリガナ | シテンチョウ　　サカイ　ジロウ | | | | | | | | | |
| 代表者の**職氏名**  （事業所） | 支店長　　堺　二郎 | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | （〒●●●－●●●●）  　　堺市北区●●町△丁◇番地□号 | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | ■■■-◇◆◇-■■■■ | | | FAX  番号 | □□□－□□□－□□□□ | | | |
| Ｅ-mail | | △△△△△△△△△△△△△△△ | | | | | | | |
| 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） |  | 義肢\* | |  | 補聴器 | | | |  | 座位保持いす(児童) |
|  | 装具\* | | ✔ | 車いす | | | |  | 起立保持具(児童) |
|  | 座位保持装置 | | ✔ | 電動車いす | | | |  | 頭部保持具(児童) |
|  | 盲人安全つえ | | ✔ | 歩行器 | | | |  |  |
|  | 義眼 | | ✔ | 歩行補助つえ | | | |  |  |
|  | 眼鏡 | |  | 重度障害者用意思伝達装置 | | | |  |  |
| **\*義肢､装具の取扱がある場合は義肢装具士の人数** | | | | | | | 人 | | |
| 必要書類 | 事業所の平面図等（規模・設備等がわかるもの）  事業経歴書 | | | | | | | | | |

**※注　義肢及び装具に係る装着部位の採型並びに身体の適合は、義肢装具士の資格を有する者が行うこととする。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 株式会社　堺福祉サービス　中百舌鳥支店 | | | |
| 代表者職氏名 | 支店長　　堺　二郎 | | | |
| 所在地 | 〒●●●－●●●●  堺市北区●●町△丁◇番地□号 | | | |
| 電話番号 | ■■■-◇◆◇-■■■■ | | | |
| 資　本　金 | | □□□　円 | 従　業　員 | □□□　人 |
| 年　月　日 | | 社　　歴 | | |
| 平成●年□月◇日 | | ■■設立 | | |
| 平成●年□月◇日 | | ■■へ移転 | | |
| 年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日 | |  | | |

（参考様式）

記載例

事　業　経　歴　書

（備考欄）