

FAX で送付のこと

《様式52》

FAX 06—6692—5340

適合判定申込書

大阪府障がい者自立相談支援センター身体障がい者支援課 あて

製作・販売業者名 _____

TEL _____

☆判定日：令和 年 月 日 ()

☆場所：いずれかに 本所・巡回 (会場)

製作・販売業者記入欄		センター記入欄		
判定書番号	補装具名		受付担当者	日時・会場 <input checked="" type="checkbox"/>
障相第 201—				
障相第 201—				
障相第 201—				
障相第 201—				
障相第 201—				
障相第 201—				
障相第 201—				
障相第 201—				

※オンライン申請が難しい場合、5営業日前までに当様式にてFAXで申し込んでください。その後電話で氏名と生年月日の連絡をして下さい。

※場所は本所か巡回のどちらかにをつけ、巡回の場合は会場のある市の名前をお書き下さい。

大阪府障がい者自立相談支援センター 身体障がい者支援課

TEL 06—6692—5262

FAX 06—6692—5340