

様式第9号(1)

補装具申請用調査書(介護保険要支援・要介護認定者用)

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 介護保険貸与品目では対応できない理由