

補装具費支給契約に係る店舗（支社・支店）の追加申請書

年 月 日

神戸市長 あて

申請者 〒 ー

契約書使用印鑑

(所在地)

(実印以外を使用する場合)

(社名)

(代表者名)

(印)【※実印】



TEL FAX

メールアドレス \_\_\_\_\_

担当部署・担当者名 \_\_\_\_\_

【希望契約方法】 以下のいずれかに○をつけてください

( ) 電子契約システムを利用した電子契約

( ) 書面による契約

貴市と障害者総合支援法に基づく補装具費の支給に関する契約を締結しておりますが、これに係る店舗追加（支社・支店）の承認をいただきますよう申請いたします。なお、申請にあたっては「15. 誓約事項」の内容を満たしていることを確認します。

フリガナ	
1. 事業所名	
フリガナ	
2. 代表者名	
3. 所在地	〒 ー
4. 連絡先	TEL FAX
5. 開設年月日	年 月 日
6. 取り扱い補装具種目【※取り扱いを希望する種目名の該当業務に○を記入してください】	
義手（要資格者）	義眼
義足（要資格者）	眼鏡
補聴器（要受講者）	車椅子
重度障害者用意思伝達装置	電動車椅子
下肢装具（要資格者）	歩行器
靴型装具（要資格者）	歩行補助つえ
体幹装具（要資格者）	座位保持いす（児のみ）
上肢装具（要資格者）	起立保持具（児のみ）
座位保持装置	頭部保持具（児のみ）
視覚障害者安全つえ	排便補助具（児のみ）
	人工内耳（修理のみ）

7. 補装具費支給契約締結自治体及び主な取り引き先の病院等

--

8. 従業員数 名

9. 代表者及び技術職員の履歴

氏名	勤務年数	資格・受講した講習会等

10. 設備

設備名	数量	設備名	数量

11. 事業所平面図 【※設備等を明示する。】

--

