

補装具申請用調査書（施設入所者用）

年 月 日

長岡市長 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 _____
T E L _____

4 申請補装具名 補装具名 _____

5 要支援・要介護状態 区 分 _____

6 施設の備品では対応できない理由