

補装具支給調査書(介護保険対象者)

氏名		生年月日	年	月	日生( 歳)
障害名	種 級				
介護保険	有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )				申請中
希望する補装具名					
障害の状況	・障害部位 上肢 下肢 体幹 その他( ) ・経過 (必要になった身体状況など)				
介護保険担当課	所属 担当者名				
身障福祉担当課 意見および必要性					

年 月 日 市町村名

担当者名