

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