

《様式57》

令和 年 月 日

様

(業者名)

補装具適合判定についてのお知らせ

下記の補装具について適合判定の方法と日程についてご連絡します。

名前

住所

生年月日

補装具名 義手、義足、装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子
(○をつけてください)

(必ず下記の中から1つ選んで、□にチェックと日付を入れてください)

「補装具適合意見書」もしくは「適合検査依頼書」を令和 年 月 日に大阪府障がい者自立相談支援センターに送付しました。

令和 年 月 日の巡回相談(会場名)で判定を受け適合しました。

令和 年 月 日の巡回相談(会場名)で判定を受け保留でしたが、 月 日に適合になりました。(保留後、電話等で適合の確認ができた場合)