様式第２号（第４条関係）

補装具費代理受領登録更新申請書

年　　月　　日

　　（あて先）小松市長

事業所名称

担当者名

　補装具費の代理受領に係る登録の更新を受けたいので，次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 |  | | | | | | | |
| 事務所の  所在地 |  | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | |  | | | |
| ＦＡＸ番号 | | | |  | | | |
| メールアドレス | | | |  | | | |
| 代表者の  職・氏名 | 職名 | |  | | | フリガナ  氏名 |  | |
| 従業者の職種 | | | | 職務の内容 | | | | 人数 |
|  | | | |  | | | | 人 |
|  | | | |  | | | | 人 |
|  | | | |  | | | | 人 |
| 販売・修理を行う補装具の種目 | |  | | | | | | |

備考　「従業者の職種」欄には，補装具の製作・修理にかかる職種の従業者（義肢装具士・認定補聴器技能者等）およびその他の従業者について記入してください。

有効期間満了の日の10日前までに申請してください。