様式第１号（第３条関係）

補装具費代理受領登録申請書

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。