

# 習志野市補装具業者の登録について

## 1. 業者の登録単位について

業者登録は、事業所（店舗や支店）ごとに行います。  
同一法人が、複数の事業所を登録する場合は、事業所ごとに申請してください。

## 2. 提出書類

次の書類を、下記まで提出してください。

① 補装具業者登録申請書（第1号様式）

② 事業者の登記事項証明書の写し

③ 事業所の名称、所在地、代表者の職・氏名がわかるもの

（事業所代表者の名刺、パンフレット、ホームページ等）

※事業者と事業所が同じ場合は、登記事項証明書で確認できるので不要です。

④ 義肢装具士免許証の写し ※義肢又は装具を取り扱う場合のみ

⑤ 認定補聴器技能者証の写し ※補聴器を取り扱う場合のみ

ナラシド♪



## 3. 登録通知書について

登録手続きの完了後、登録通知書を送付いたします。（約2週間後）

## 4. 登録事項の変更について

登録事項に変更があった場合は、滞りなく補装具業者登録事項変更届出書（第2号様式）の提出をお願いいたします。

### 【お問合せ、提出先】

習志野市 健康福祉部 障がい福祉課

〒275-8601 千葉県習志野市鷺沼 2-1-1

電話：047-453-9206（直通） FAX：047-453-9309

記載例

別記  
第1号様式(第4条)

補装具業者登録申請書

市に提出又は郵送する日

令和●●年●●月●●日

習志野市長 宛て

申請者(事業者)※法人又は個人事業主

事業者名称 株式会社 東京福祉サービス

所在地 東京都千代田区●●●●-●●

代表者職・氏名 代表取締役 東京 太郎

印

法人の登記事項証明書に記載されている商号、本店、役員に関する事項を記入してください

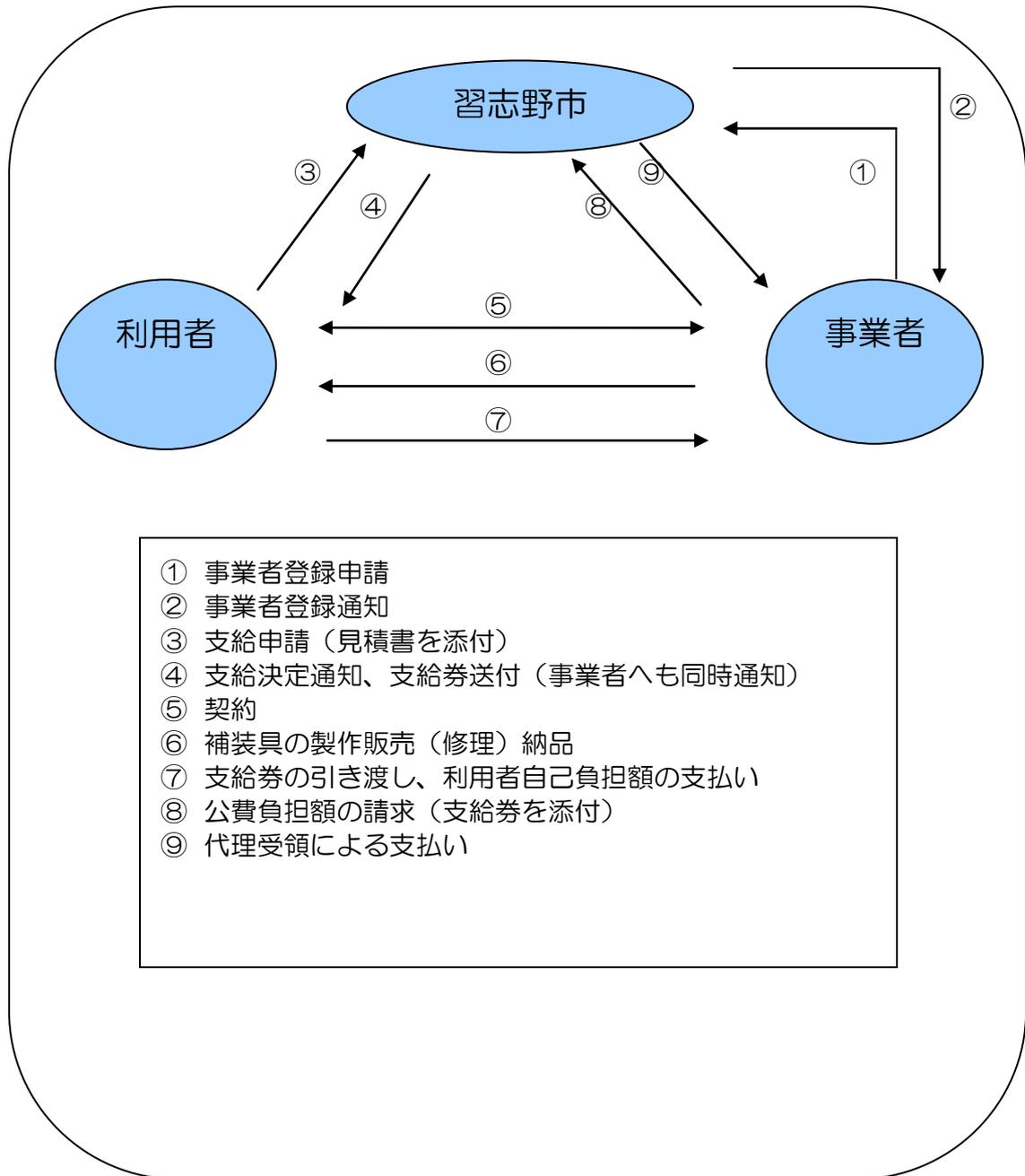
習志野市における補装具業者として登録を受けるため、次の事業所について申請します。

また、補装具費を代理受領することについて申し出ます。

事業所(店舗や支店)について記入してください

フリガナ	トウキョウフクシサービス ツダヌマシテン		
登録をする事業所の名称	株式会社 東京福祉サービス 津田沼支店		
事業所の所在地	(〒275-0016) 千葉県習志野市津田沼●-●-● 習志野ビル3階		
フリガナ	シテンチョウ フジサキイチロウ		
事業所代表者の職・氏名	支店長 藤崎 一郎		
連絡先	電話番号 047-451-●●●●	FAX番号	047-451-●●●●
取扱補装具種目 (取扱をする種目を☑してください)	<input type="checkbox"/> 骨格構造義肢	<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> 歩行補助つえ
	<input type="checkbox"/> 殻構造義肢	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 座位保持椅子(児童用)
	<input type="checkbox"/> 装具	<input type="checkbox"/> 人工内耳(人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る。)	<input type="checkbox"/> 起立保持具(児童用)
	<input type="checkbox"/> 座位保持装置	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 頭部保持具(児童用)
	<input type="checkbox"/> 視覚障害者安全つえ	<input checked="" type="checkbox"/> 電動車椅子	<input type="checkbox"/> 排便補助具(児童用)
	<input type="checkbox"/> 義眼	<input checked="" type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 重度障害者用意思伝達装置

## 補装具費の支給の流れ



## 公費負担額請求時の支給券の記載例

第34号様式（第26条の3第2項）

### 補装具費支給券

支給券番号				支給決定日			
氏名				生年月日			
住所							
保護者氏名							
補装具の名称				修理部位			
補装具業者	名称						
	所在地						
	電話			FAX			
基準額		見積額		利用者負担額		公費負担額	
円		円					
月額負担上限額							
円				円		円	
上記のとおり決定する。							
年		月		日		習志野市長 印	
判定審査	判定年月日			判定員			
受領	受領年月日			受領印	本人との関係		

補装具費の受領の権限を下記の事業者委任します

委任者	住所			印	利用者の氏名記載と押印が必要です
	氏名				
受任者	住所			印	事業所の押印が必要です
	氏名				

※その他、記載事項は印字済です。