

特例補装具費支給協議書

下記の特例補装具費支給について協議します。

年 月 日

福祉事務所長

町 村 長

印

沖縄県身体障害者相談所長 殿

記

手帳番号又は 恩給証書番号			
交付年月日			
障害名			
申請書の 受付年月日			
氏名		生年月日	
居住地		職業	
補装具の種目 及び名称等		交付回数	
処方			
委託する業者名 所在地			
価格			
特例補装具費 支給の理由			
市町村の意見			