様式第９号（1）

補装具申請用調査書（介護保険要支援・要介護認定者用）

年　　月　　日

市　町　村　長　様

１　補装具申請者住所・氏名　　住　所

氏　名

２　担当者名(ケアマネージャー等)　　職・氏名

３　担当者所属名　　事業者名・施設名

ＴＥＬ

４　申請補装具名　　補装具名

５　要支援・要介護状態　　区　分

６　介護保険貸与品目では対応できない理由