

様式 1

年 月 日

(あて先) 仙 台 市 長

障害者自立支援給付（補装具費）の代理受領に関する申出書

事業者 住 所

事業者名

代表者名

印

TEL

FAX

下記のとおり、障害者総合支援法にかかる自立支援給付（補装具費）の代理受領を行うことについて申し出ます。

補装具製作見込み	A 年間100件以上 B 年間50件以上 C 年間25件以上 D 年間25件未満 ※該当する記号に○を付けてください。
仙台市内の営業所	※本社で申し出を行い、営業所が仙台市内である場合などは、仙台市内の営業所の名称、住所、電話、FAX番号等について記載してください。 住所 名称 担当 電話・FAX
添付資料	1 補装具取扱種目一覧（様式2） 2 会社の概要がわかるもの（会社案内、パンフレット等） 3 その他参考となるもの（取扱品のカタログ、シルバーマークの写しや、義肢装具士や認定補聴器技能者がいる場合、その資格証の写しなど）

(裏面につづく)

様式 1 裏面

(注意事項)

- 業者の名称・住所・代表者名は、登記簿謄本等に基づき、正式な名称・住所・代表者名を記入してください。
- 補装具費の代理受領をできる業者の要件として、当該補装具にかかる製作経験を5年以上有することとします。
- 次の事項を遵守してください。
 - (1) 関係法令を遵守すること
 - (2) 補装具費支給対象障害者の心身の状況、介護者の状況、生活環境、補装具に関する希望を勘案し、適切な補装具を製作するよう努めること
 - (3) 製作する補装具の内容や見積書等について、十分な説明を行うこと
- 補装具業者は、補装具費支給券に記載されている利用者額を受領し、補装具費の請求の場合には、利用者負担額を受領したことを証する書類を添付してください。
- 補装具引き渡し後、災害等による毀損、本人の過失による破損、生理的変化または病理的変化により生じた不適合、目的外使用もしくは取扱不良等のために生じた破損または不適合を除き、引き渡し後9ヶ月以内に生じた破損または不適合は、補装具業者の責任において改善することとします。
- ただし、修理基準に定める調整もしくは小部品の交換または修理基準に規定されていない修理のうち軽微なものについて、補装具業者の責任において改善することとするものは、修理した部位について修理後3ヶ月以内に生じた不適合等（上記災害等により免責となる事由を除く）とします。