

補装具製作業者情報システム 登録のご案内

補装具製作業者の情報登録、提供に関するご質問やご不明な点等ございましたら、下記担当者までご連絡ください。

【お問合せ先】

公益財団法人テクノエイド協会 試験研修部

TEL 03-3266-6882

FAX 03-3266-6881

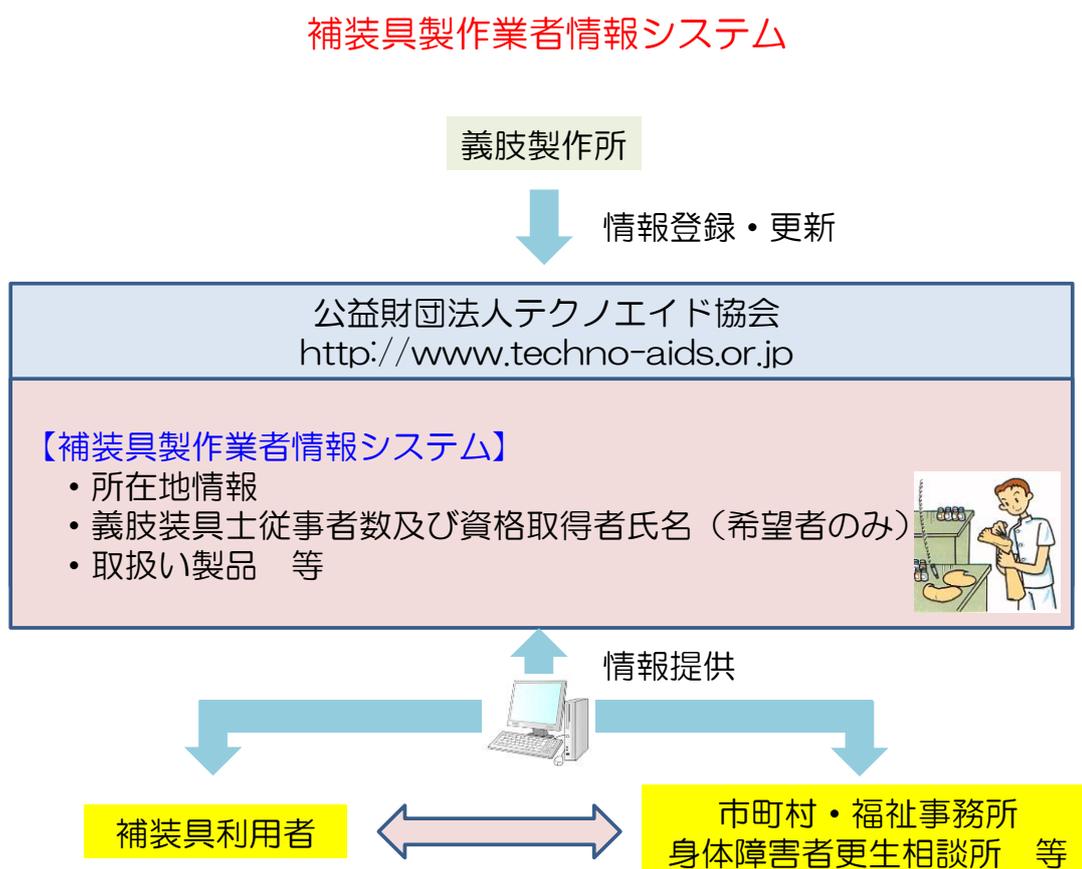
MAIL shiken@techno-aids.or.jp

公益財団法人テクノエイド協会

I. 補装具製作業者の情報提供について

障害者自立支援法の施行に伴い、平成 18 年 10 月より補装具給付の制度が変更され、これまでの措置制度から利用者と製作事業者との契約による制度に変わりました。

このため、補装具製作業者の情報を利用者や市町村担当者が適切に選定することができるように、義肢装具等を取扱う業者の所在等に関する情報を全国から収集し、当協会ホームページに「補装具製作業者情報システム」として情報提供しています。



II. 情報登録申請について

1. 登録できる営業所

申請は各事業者の営業所（支店、支社）ごとに登録してください。
ただし、義肢装具士が在籍する営業所（支店、支社）に限られます。

2. 登録期間と更新・変更・削除

①登録期間は、原則として年度単位（4月1日～3月31日）とします。
ただし、年度途中での登録の場合、登録期間は申請日～3月31日となりますが、当該年度分の登録料をご負担いただきます。

②次年度目以降については、特に登録抹消等のお申し出がない限り、登録を更新（自動更新）したものととして取扱わせていただきます。

③登録された情報の変更や削除は随時受付しております。
ただし、年度途中で登録を削除された場合でも、新規登録料または更新料の返還はございません。

3. 登録にかかる費用

1) 新規登録料（初年度登録料） 10,000円（税別）
【複数の営業所がある事業者は、登録営業所（支店、支社）ごと】

2) 更新料（次年度以降） 2,000円（税別）
※登録内容を変更、削除する費用はかかりません。

4. 新規登録料及び更新料のお支払い

新規登録料、更新料については、当協会より請求書をお送りしますので、請求書に記載されている支払期日までにお振込みください。
なお、振込手数料はご負担ください。

Ⅲ. 情報提供登録申請用紙記入について

情報は都道府県、市区町村別に整理して提供しますので、**1 営業所（支店、支社）につき 1 件の登録**をお願いします。

義肢装具士の欄が不足する場合は用紙をコピーしてご利用ください。

1. 申請区分

新規に申請する場合は「1」、登録情報を変更する場合は「2」に○印を付けてください。

また、**登録を抹消する場合は、その旨を任意の様式でご連絡**ください。

2. ホームページで公開される事項

①営業所名：名称、フリガナを記入

②経営形態：該当項目から選んで○印

③代表者名：**登録する営業所（支店、支社）の代表者名**を記入

④所在地：住所は都道府県名から記入（URL はリンクさせていただきます）

⑤義肢装具士数：

登録する営業所（支店、支社）で義肢装具士資格取得者数を記入

⑥義肢装具士名：

登録する営業所（支店、支社）の義肢装具士の氏名を記入

なお、**個人名の公開を希望しない場合は、氏名は無記入で、免許証番号のみ記入**してください。また、**新たに義肢装具士を登録する場合は、義肢装具士免許証写し、または、登録済証明書写しを提出**してください。

⑦（社）日本義肢協会の加入：

登録する営業所（支店、支社）の本社、本部が、（社）日本義肢協会の加入状況について該当項目から選んで○印

3. 連絡先（この部分はホームページで情報公開はされません）

ここに記入していただく担当者の方へ、新規登録料または更新料の請求書をお送りします。

A／担当部課：記入者の担当部課を記入

B／担当者：記入者の氏名、フリガナを記入

C／住所：記入者の勤務先住所を記入

D／TEL：上記担当者の電話番号を記入

E／FAX：上記担当者のFAX 番号を記入