

補装具費支給意見書

⑧

補装具の名称	※特例補装具の場合は、裏面もご記入ください。			
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所				
疾患名			発症日	年 月 日
障害名			身体障害者手帳	種 級
障害の状況	(全身所見、合併症、筋力、関節可動域制限、歩行能力、断端の状況、ADL など)			
補装具の使用場所・目的等				
補装具の処方内容	※足りない場合は、別紙をつけてください。 ※特例補装具の場合は裏面にご記入ください。			
処方効果				
その他				
年 月 日	病院名			
	診療科			
	医師氏名		印	

※指定自立支援医療機関の医師、保健所の医師、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、国立障害者リハビリテーションセンター学院において実施している補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師がご作成ください。

特例補装具が必要な理由

特例補装具の処方内容

(特例となる構造、部品等がわかるように具体的に記入してください。)

特例補装具を必要とする理由

(通常の補装具では適応できない理由を具体的に記入してください。)