

補装具費支給についての意見書

(義 肢 ・ 装 具 ・ 歩 行 器 ・ 車 載 用 姿 勢 保 持 装 置 用)

氏 名			生年月日	年 月 日生
医 学 的 所 見	障害名及び 原因となった 疾病・外傷名	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日 * 障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (☐ する ☐ しない)		
	障害の状況	注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。		
補 装 具 の 処 方 内 容	補装具 種目・名称	・新規購入 ・再購入 (前回 年 月 日購入) ・借受け (前回 年 月 日) ・修 理		
	補装具 の使用目的			
	補 装 具 の 処 方 内 容	レディメイドの場合 メーカー名 () 型番 () 借受けの場合使用期間 ()		
	処 方 効 果			
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 診療担当科 医 師 名				