

補装具費支給についての意見書

(内 部 機 能 障 害 用)

氏 名		生年月日	年 月 日生
障害名及び原因 となった 疾病・外傷名	発生 年 月 日 最終診断 年 月 日		
経 過 ・ 現 症 (検査データ) (投薬内容)	注：内部機能障害により下記装具が必要となった理由が明確になるよう記載する。 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 種類・型式・機構			
補装具の処方			
支給を必要とする理由 (使用場所等) *使用されない場合の影響についても記載してください			
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			

※ 裏面に記入上の注意事項がありますので、ご一読のうえ記入してください。
本人の状態像、補装具の処方について、できるだけ具体的にご記入ください。

〈意見書作成にあたってのお願い〉

この意見書は、内部機能障害のある方が、車椅子手押し型及び電動車椅子を必要とされる場合に、記載していただくものです。

対象の方は、車椅子によらなければ身体に悪影響を及ぼすなど歩行機能を代償できないと認められる場合となります。

なお、介護保険制度で車椅子をレンタルできる場合など、他制度が利用できる方は、他制度が優先となります。