

補装具費支給についての意見書

(重度障害者用意思伝達装置用)

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	<div>発生年月日 年 月 日</div> <div>最終診察日 年 月 日</div> <div>* 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 (<input type="checkbox"/>する <input type="checkbox"/>しない)</div>		
経過と現症			
障害の状況	上肢・下肢 言語		
補装具の処方 (基本構造・ 入力装置等)	新規購入・借受け・再購入(前回購入又は借受け 年 月 日)・修理		
操 作 入 力 可 能 部 位	手・指・足・額・舌・顎・目・呼吸・脳血流・その他 ()		
意 見	借受けの場合使用期間 ()		
上記のとおり診断する。 年 月 日 <div>医療機関名</div> <div>診療担当科</div> <div>医 師 名</div>			