

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						