

補装具費支給についての意見書

(義肢・装具・歩行器用)

| | | | | |
|--|---------------------------|---|------|-------------|
| 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 (歳) |
| 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 | 補装具の種 目及び名称 | ・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 | 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 印 | | | | |