

(別紙様式3) 補装具費支給意見書(重度障害者用意思伝達装置用)

氏名		男・女	住所		生年月日	年 月 日
障害名 又は 疾患名			原傷 病名		身体障害者手帳の所持状況 有 ・ 無 ・ 申請中 等級(申請等級) 級	
現病歴						
現症	音声言語機能(発声・発語、言語理解) [] コミュニケーション手段 [口話・手話・文字盤・パソコン・その他()] 視覚状況 [] 聴覚状況 [] 自動運動が可能な部位 [目 蓋 眉 頬 顎 首] [右: 上肢(肩 肘 手 指) 下肢(股 膝 足 足指)] [左: 上肢(肩 肘 手 指) 下肢(股 膝 足 足指)] その他医学的状況 []					
補装具製作上の 名称又は修理 部位・ 工作所見	基本 構造	(借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。 1 文字等走査入力方式 (簡易制御機能付加・高度制御機能付加・通信機能付加) 2 生体現象方式				
	付 属 品	3 固定台 (アーム式 ・ テーブル置き式 ・ 自立スタンド式) 4 入力装置固定具 5 呼び鈴 6 呼び鈴分岐装置 7 スイッチ (接点式・帯電式・筋電式・光電式・呼気(吸気)式・圧電素子式・空気圧式・視線検出式) 8 遠隔制御装置 9 その他 ()				
		概算額				円
特例補装具費支給の必要性・意見						
補装具使用による効果(借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。)						
医療機関名				担当医師名		
				印		
所在地				記載年月日		
				年 月 日		

※ 担当医師名を自署する場合においては、押印を省略することができます。