

(別紙様式1) 補装具費支給意見書(車椅子・意思伝達装置・補聴器以外用)

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						
補装具の名称又は修理部位・補装具製作上の処方及び工作所見	(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。)					
						概算額 円
	【義肢、装具、姿勢保持装置において複数の完成用部品の比較検討を要する場合は、以下について記載】					
	完成用部品の名称					
	比較検討を要する理由					
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は、押印を省略することができます。