

第1号様式（第4条関係）

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		明大昭平	・ ・ 生	
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						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							
医療機関名				担当医師名			
				印			
所在地				記載年月日			
				年 月 日			