

補 装 具 費 支 給 意 見 書

氏名		年 月 日生 ( 歳)
障害名及び原因となった疾病・外傷名  ※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病 (難病等)に該当 ( <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない)		
障害・疾患等の状況 (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。)		
必要と認める補装具	補装具の種目、名称	
	処 方 (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。)	
	使用効果見込み (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。)	
上記のとおり意見する 年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診 療 担 当 科 名 作 成 医 師 氏 名		

注1 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医師又は指定自立支援医療機関の主たる医師又は難病法第6条第1項に規定する指定医 (難病患者等の場合) が作成すること。

注2 使用している補装具から処方替えとなっている場合、車椅子でオーダーメイドを必要とする場合は、その理由を記載すること。