

## 補 装 具 支 給 意 見 書

(肢体不自由用(車椅子・電動車椅子を除く))

氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	TEL			
医 学 的 所 見	手 帳	(交付 年 月 日) 級	障害名	
	原傷病名	(発生 年 月 日)	難病等に該当(□する・□しない)	
	障害原因	先天性・後天性(外傷・戦傷・戦災・産業・交通・疾病・その他)		
	障害・疾患等の状況 (詳細)	注:下記補装具を必要と認める理由が明確になるよう記載する。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 及び名称		<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規</li> <li>・再交付(前回交付 年 月 日)</li> <li>・修理</li> </ul>	
	補装具の使用目的			
	処 方 (注:借受けが必要な場合はその理由が明確になるよう記載する。)			
	使用効果見込み (注:借受けが必要な場合はその理由が明確になるよう記載する。)			
意見書作成年月日 年 月 日				
医療機関名				
医師氏名			印	

(注意) 身障法第15条第1項に基づく指定医、障害者総合支援法施行令第1条第2項に基づく医療を行う機関において当該医療を主として担当する医師で肢体不自由の指定を受けている医師若しくは難病に係るものについては、都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された医師が作成のこと。