

補 装 具 費 支 給 意 見 書

本 人	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日

障がい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（する・しない）

障がい・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に記載してください。難病患者等については、身体症状等変動状況や日内変動等についても記載してください。

補装具の名称 並びに処方等	補装具名	
	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してください。
	使用による 効果の見込	※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してください。

そ の 他

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

㊞