

(補様式1)

補 装 具 意 見 書 (市町判断の補装具用)

氏名	フリガナ	男 ・ 女	年 月 日 (歳)	
			住 所	
障がい名およ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 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				
身体障害者手帳		年 月 日 (種 級)		
障がい・疾患等の状況(注: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(注: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(注:借受けが必要な場合は借受け期間および効果が明確となるように記載する。)				
上記のとおり意見する。				
年 月 日				
病院または診療所名				
所在地				
診療担当科名				
作成医師名				