（様式第2号）

補装具費支給意見書

身体障がい者又は児童の住所・氏名および生年月日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 生年  月日 | 年　　月　　日    　　　　　　　　（　　　歳） |
| 氏　名 | |  | |
| 住　所 | | 大阪市　　　　区 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 病　　　　名 |  |
| 障がい及び疾病等の状況 |  |
| 補装具の名称 |  |
| 借受けの適否  ※借受け対象の用具は以下に限ります。  ◎義肢、装具、座位保持装置の完成用部品  ◎重度障がい者用意思伝達装置の本体  ◎歩行器  ◎座位保持椅子 | 補装具の借受けが　（　適当　・　不適当　）  ※借受けが適当な場合とは、次のとおり  ①　身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要であると認められる　場合  ②　障がいの進行により、補装具の短期間の利用が想定される場合  ③　補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要であると認められる場合  補装具が適当な場合、該当する上記の番号を丸で囲んでください。 |
| その他 | （補装具を必要と認める理由、身体症状等の変動状況や日内変動等） |
| 上記のとおり診断する。  　　　年　　　月　　　日    医療機関名    医師氏名 | |

**【注】この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いします。**