（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。**