（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 |

※18歳以上の方の車椅子、重度障がい者用意思伝達装置につきましては、それぞれの補装具専用の

意見書様式をご使用ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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下記欄外※ | 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（該当する場合は番号を丸で囲んでください）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 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※借受け対象の用具は以下に限ります。

義肢、装具、姿勢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・車載用姿勢保持装置

**【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。**