

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) 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 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 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・座位保持椅子

【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。