

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 ・ 不相当) ※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いたします。