

療育内容変更(補装具治療)協議書

療育券 受給者番号			療育券 交付年月日	令和 年 月 日
本人の氏名			病 名	
医師の 意見	変更 (補装具治療) を要する理由		補装具名	
			材料及び 形態	
			見積金額	
	製作者の 住所及び氏名			
	指定療育機関 担当医師氏名印			

上記理由によって、療育の内容を変更(補装具治療)する必要がありますから協議します。

令和 年 月 日

(提出先) 大阪市長

指定療育機関名

○

所在地