（別紙様式１）

補装具費支給意見書（車椅子・意思伝達装置・補聴器以外用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏  名 |  | | 男・女 | 住  所 |  | | | | | 生　年  月　日 | ・　　　・　　　生 |
| 障害名  又　は  疾患名 | |  | | | | 原  傷  病  名 | |  | | | 身体障害者手帳の所持状況  有**・**無　・ 申請中  等級（申請等級）　　　　級 |
| 現  病  歴 |  | | | | | | | | | | |
| 現  症 |  | | | | | | | | | | |
| 補装具の名称又は修理部位・補装具製作上の処方及び工作所見 | （借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | 概算額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 特例補装具費支給の必要性・意見 | | | | | | | | | | | |
| 補装具使用による効果（借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。） | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | 担当医師名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |
| 所在地 | | | | | | | 記載年月日  　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | | | | |

* 担当医師名を自署する場合においては、押印を省略することができます。