

補装具費支給意見書

ふりがな 氏名			年 月 日生(歳)
障害名及び原因となった疾病・外傷名 ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (<input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)			
障害・疾患の状況 ※補装具を求める理由が明確となるよう記載してください。難病患者等について、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速な手続きが必要な場合についても記載をしてください。			進行性疾患 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続 <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般
必要と認める補装具	補装具の種類、名称		
	処方		
	仕様効果見込み		
上記のとおり意見する 年 月 日 病院名又は診療所名 所在地 作成医師名 主治医氏名			