

助言依頼書(児童の補装具用)

第 号  
年 月 日

山口県身体障害者更生相談所長 様

市 町 長

下記の児童に対する助言を依頼する。

記

ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
住 所			
身 体 障 害 者 手 帳	県 号 年 月 日交付	総合 等級	種 級
	年 月 日再交付		
障害内容 (各障害の等級)	( 級) ( 級)		
疾病名 (難 病患者等)	難病の有無： 有 無		
受療中の医療機関 訓練指導機関名 及びその頻度			補装具費支給 (購入・借受 け・修理) 歴の有無
参考となる生活状況	在学・通園・通所・入所・入院・就労 (名称 )		無 ・ 有
意見書作成医の資格			※ 「有」の場合は、台帳 を添付のこと
助言依頼の補装具品目			
助言依頼事項	申請の種類… 購入 (借受けの意向 有・無)・借受け・修理 借受けの意向…有・無 判定依頼の種類… 一般・迅速		
希望する助言内容	<input type="checkbox"/> 機能・構造 <input type="checkbox"/> 価格 <input type="checkbox"/> 必要性 <input type="checkbox"/> 効果 <input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 安全性 <input type="checkbox"/> 走行能力 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 具体的にあれば記入ください		
備 考			

※身体障害者手帳又は台帳の写しを添付する場合は手帳欄の記載は不要