

補装具費支給意見書

氏名 及び 生年月日	氏名 年 月 日生 男 女	
障害名 (傷病名)	(身障手帳所持者は手帳の「障害名」又は傷病名を、難病患者等は障害者総合支援法施行令に規定する疾病名を記載してください。)	
障害の状況	(下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する) ※矯正視力(右 〃 左 〃)	
必要と認める 補装具	補装具名	
	処方 (タイプ等)	(注：借受けが必要な場合はその理由が明確になるよう記載する。)
	使用効果 見込み	(注：借受けが必要な場合は借受け期間及びその理由が明確になるよう記載する。)
使用目的	※矯正用の場合 遠用 〃 近用	
その他		
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 意見書作成医の資格 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法 15 条第 1 項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> その他 ()		

適合確認 (年 月 日)
確認者 職氏名