

補 装 具 費 支 給 意 見 書

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・疾患等の状況 （注：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。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、迅速な手続が必要な場合は、迅速手続が必要な理由についても記載する。）	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	補装具の種目、名称
	処 方 （注：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。）
	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効果が明確となるよう記載する。）
上記のとおり意見する <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: center;"> 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名 </div>	