


## 補 装 具 費 支 給 意 見 書

氏名	T・S・H          年          月          日（          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する。）	
必 要 と 認 め る 補 装 具	補装具の種目、名称
	処方
	使用効果見込み
上記のとおり意見する  <div style="text-align: center;">                     年          月          日                       病院又は診療所名                      所   在   地                      診療担当科名                      作成医師氏名                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>	

※ 意見書の作成は、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による医師及び指定自立支援医療機関の医師であること。難病患者等においては、前記のほか、難病法第 6 条第 1 項に基づく指定医による作成可。