補装具費支給意見書（肢体不自由者等用）

氏　名	（男・女）	年　　月　　日生　　歳
住　所		

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られた疾病（難病等）に該当

（□する・□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、身体状況等の変動状況や日内変動等についても記載する。）

補装具の種目及び名称

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）

補装具の使用効果見込み（注：借受けが必要な場合は仮受け期間及び効果が明確となるよう記載する）

来所等できない理由

上記のとおり意見する

令和　　年　　月　　日　　医療機関名

所　在　地

診療科名　　作成医師名

身体障害者更生相談所意見書

令和　　年　　月　　日

判定医師名

岐阜県身体障害者更生相談所