

補装具費支給意見書(肢体不自由者用)

様式 3

氏名	男 ・ 女	年 月 日生 歳
住所		
障がい名 ----- 等級 (級)		
原因		
主な経過 -----		
現症・生活状況等 ----- ----- -----		
補装具の種目及び名称		
処 方(制作上特に留意すること/付属品等) ----- -----		
補装具の使用効果見込み等 (有・無) -----		
来所等出来ない理由 -----		
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 科 担当医師名 印		
身体障害者更生相談所意見欄 令和 年 月 日 判定医師 印		