

特例補装具費支給意見書

氏 名		年 月 日 歳	男・女
住 所			
特例補装具名			
現病歴			
※障害者総合支援法の対象となる特殊疾患（難病等）に該当（ ☐ する・☐ しない ）			
障害の状況			
※難病患者については、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			
特例補装具を必要とする理由 ○身体機能面 (1) 基準内補装具では対応出来ない理由 (2) 特例補装具で得られる効果 ○社会的側面（職業上、教育上、その他） (1) 基準内補装具では対応出来ない理由 (2) 特例補装具で得られる効果			
年 月 日 病院名 印 身体障害者福祉法第 15 条指定医 医師名 印			