

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（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> 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 | | | |
| <p>特例補装具を必要とする理由</p> <p>○身体機能面</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 基準内補装具では対応出来ない理由</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 特例補装具で得られる効果</p> <p>○社会的側面（職業上、教育上、その他）</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 基準内補装具では対応出来ない理由</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 特例補装具で得られる効果</p> | | | |
| 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 |