

## 補装具費（購入・修理）支給意見書

\*車いすは別様式

住所 郡 町  
市 村

身体障害者

氏名 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 才

手帳等級（内訳）  
 視覚障害 \_\_\_\_\_ 級  
 聴覚障害 \_\_\_\_\_ 級  
 内部障害 \_\_\_\_\_ 級

肢体不自由

- 上肢 \_\_\_\_\_ 級
- 下肢 \_\_\_\_\_ 級
- 体幹 \_\_\_\_\_ 級
- 脳原性
  - 上肢 \_\_\_\_\_ 級
  - 移動 \_\_\_\_\_ 級

○病名

○装着しなければならない補装具の名称

○障害名

○補装具の処方及び工作的所見

○障害状況

○補装具使用による効果の見込

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印

※身体障害者は身体障害者福祉法による指定医、身体障害児は指定自立支援医療機関又は保健所の医師の記載に限ります。