

## 補 装 具 費 支 給 意 見 書 （視覚障害・難病）

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	（ 歳）
住所				電話番号	
身体障害者手帳	手帳交付年月日：            年        月        日 障害手帳に記載されている障害名及び原因となった疾病・外傷名				
難 病	＊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る特殊の疾病（難病等）に 該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない）      身体障害者手帳取得領域に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない）				
主 訴： 使用場所： 使用目的（見る対象物）：					
現症（視機能障害・疾患等の具体的状況及び所見を記載。難病患者等については、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。）別紙を添付してもよい。					
必要と 認める 補装具	補装具の種目・名称      （遠用・近用及び室内・室外用等の別も記入）				
	装用効果見込				
装用・適合経過（試用経過を具体的に記入）					
備 考					
上記のとおり補装具の必要性を認めます。 令和      年      月      日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     医療機関名                      所 在 地                      電 話                      診療担当科                      医 師 名                 </div>					

\* 眼鏡処方箋を必ず添付すること。

\* 誤字・不要文字は、二重線で抹消し認印押印のうえ訂正すること。