

難病患者等に対する補装具費支給意見書（肢体不自由）

氏名	男・女	年 月 日生（ 歳）
住所	電話番号	
障害名及び原因となった疾病・外傷名		発症年月日 年 月 日
※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		
特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 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 <input type="checkbox"/> 無	
障害・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。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。）		
必要と認める補装具	補装具の種目、名称	
	処 方	
	使用効果見込み	
上記のとおり意見する 年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名		