



備 考

上記のとおり意見する

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

電 話

診療担当科

医 師 名

- \* 眼鏡処方箋を必ず添付してください。
- \* 該当箇所にチェック☑を入れ、必要事項を記載してください。
- \* 誤字・不要文字は、二重線で抹消し認印押印のうえ訂正してください。
- \* 補装具費支給意見書を作成する医師の要件は、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医、もしくは、国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師等です。