

(本様式は参考様式です。理学療法士又は作業療法士が作成した理由書(様式自由)を提出してください。)

補装具費支給申請(耐用年数内再支給)に係る理由書

① 対象者情報

フリガナ

対象者氏名:

生年月日: 年 月 日

補装具種目:

② 耐用年数内での再支給を希望する理由

障害名・病名:

身体状況(難病等の場合は病状):

新たに作成する補装具の使用場所:

新たに作成する補装具の使用目的:

現在使用中の補装具交付時からの身体的変化:

現在使用中の補装具(部品)で支障をきたしていること(何が出来ないか):

今回申請した補装具(部品)で可能になること(何が出来るようになるか、デモ機使用時の様子):

姿勢や動作の特徴:

新たに作成する補装具で必要な機構やサポート、必要な付属品等:

※書類判定の際、相談所へ参考資料として提出します。

以上の理由により、補装具費の支給を求めます。

令和 年 月 日

医療機関・施設名:

氏 名: