

## 補装具費支給意見書（児童用）

氏名		生年月日	年 月 日生（ 歳）
住所	上尾市		
障害名及び原因となった疾病・外傷名  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）			
障害・疾患等の状況（下記補装具を必要と認める理由、難病患者等の身体症状等の変動状況や日内変動等の内容や時間・期間・頻度等を記載してください。）			
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、 使用場面		
	特例補装具	該当する ・ 該当しない	
特例補装具（※）	(1) 特例補装具となる部分		
	(2) 特例補装具の必要性 (基準内補装具での支障等)		
上記のとおり意見する 令和 年 月 日 病院または診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名			

（※）特例補装具が必要な場合に記載をお願いします。