

補装具費支給意見書（肢体不自由者用）（車椅子を除く）		
氏 名	男・女	
生年月日	年 月 日	歳
住 所		
身体障害者 手帳	等 級	種 級
	障害名	
原因となった疾病・外傷名		
<small>※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（□する・□しない）</small>		
<small>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し、迅速な手続が必要な場合は、迅速手続が必要な理由についても記載する。）</small>		進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般
必要と認める補装具	補装具の種目・名称	
	処方 <small>（注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。）</small>	
	使用効果見込み <small>（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。）</small>	
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 印		

補装具費支給意見書（肢体不自由者用）（車椅子を除く）	
氏名	栃木 太郎 男・女
生年月日	〇〇年 12月 26日 〇〇歳
住所	栃木県宇都宮市駒生町3337-1
身体障害者手帳	等級 1種 2級
	障害名 一上肢の機能の著しい障害（左） 一下肢の機能の著しい障害（左）
原因となった疾病・外傷名 脳梗塞による左片麻痺	
※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 checked="" type="checkbox"/> しない）	
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し、迅速な手続が必要な場合は、迅速手続が必要な理由についても記載する。） 令和4年8月発症、左片麻痺 左下肢 アキレス腱拘縮（±）、痙性（+） 歩行時に内反尖足がみられ、短下肢装具の使用により、歩容の安定が認められる。	
必要と認める補装具	補装具の種目・名称 左短下肢装具
	処方 （注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。） 硬性支柱なし、足継手遊動×2、ベッカー740
	使用効果見込み（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。） 効果あり
上記のとおり意見する	
〇〇年 4月 1日 病院又は診療所名 医療法人□□会 △△病院 所在地 ★★市〇〇町1234番地5 診療担当科名 神経内科 作成医師氏名 栃木 桃太郎 印	

意見書の種類は間違っていないか？

身体障害者手帳が交付されているか？

手帳の障害名が正しく記載されているか？
補装具を希望している部位を含んでいるか？

補装具の種目が記載されているか？

主要な完成用部品等を明確に指定しているか？

15条指定医で、かつ、指定を受けた種目の医師の記載かどうか？

意見書は概ね6ヶ月以内に作成されたものか？

- 用語解説**
- ・SHB（シュー ホーン ブレイス）：靴べら式装具（プラスチック製のシンプルな構造の短下肢装具を指す。）
 - ・SLB（ショート レッグ ブレイス）：短下肢装具の略称
 - ・AF0（アングル フット オルソース）：短下肢装具の略称（JIS用語）
 - ・LLB（ロング レッグ ブレイス）：長下肢装具の略称
 - ・KAF0（ニー アングル フット オルソース）：長下肢装具の略称（JIS用語）