

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		
※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）		
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。）		進行性疾患： ☐ 該当 ☐ 非該当 支給決定手続： ☐ 迅速 ☐ 一般
必要と認める補装具	補装具の種目・名称	
	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。）	
	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。）	
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		
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 3 3 3 7 - 1		
身体障害者 手帳	等 級	1 種 1 級	
	障害名	両上肢の機能の著しい障害 体幹の機能障害により坐っていることができないもの	
原因となった疾病・外傷名 脳性麻痺			
※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（ ☐ する・ ☒ 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。） 通常的車椅子では座位保持不可 機能的な座位姿勢の獲得及び移動のために必要である。		進行性疾患： ☐ 該当 ☒ 非該当 支給決定手続： ☐ 迅速 ☒ 一般	
必要と認める補装具	補装具の種目・名称		
	姿勢保持装置（車椅子フレーム）		
	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。） 姿勢保持装置 構造フレーム（リクライニング・ティルト式介助用車椅子）		
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 意見書は概ね 6 ヶ月以内に作成されたものか？		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？ 病院又は診療所名 医療法人〇〇会 △△病院 所在地 ★★市〇〇町 1 2 3 4 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	