

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 (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	2 種 4 級	
	障害名	一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの（左）	
原因となった疾病・外傷名 交通事故による左下腿切断		特に高機能な完成用部品を使用する場合等、それを必要とする理由が明確に記載されているか？ 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？	
※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。） 令和〇年5月、バイクの乗車中の事故により下腿切断。 身体機能は高く、適切な義足の支給により復職が見込まれる。 配達会社に勤めており、業務において荷物を持って不整地を歩行する必要がある。職業上、足部に1C40の必要性が認められる。 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 PTB 式下腿義足 骨格構造		補装具の種目が記載されているか？ 特に義肢については、骨格構造義肢又は殻構造義肢かの記載がされているか？
	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。） B-4 PTB 式、仮合わせ用チェックソケット、ソケット熱硬化性樹脂、 支持部下腿義足用、外装下腿義足用 完成用部品：足部 1C40、ライナー 6Y75、その他		主要な完成用部品等を明確に指定しているか？
	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。） 活動性が高いため、特に有用である		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？ 特に骨格構造義肢については、義肢装具等適合判定医師研修会を修了した医師であるかどうか？
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？		病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名	医療法人□□会 △△病院 ★★市〇〇町1234番地5 整形外科 栃木 桃太郎 印