

第 2 号様式(第 2 条関係)

身体障害児補装具交付・修理意見書

身体障害児童 の住所・氏名及 び生年月日	住 所  氏 名  生年月日
病 名	
障害の部位及 びその状況	
補装具の要 否・名称並びに 処方	
備 考	
上記のとおり診断する。  年 月 日  医療機関名  医師氏名 印	

注 当該意見書は、法第 20 条第 4 項に定める指定育成医療機関の担当医師、法第 19 条第 1 項の規定に基づく療育の指導等を実施する保健所の担当医師又は身体障害者福祉法第 15 条の規定により知事が指定する医師が作成したものであること。