


補装具費支給意見書（児童）

氏名		生年月日	年 月 日生（ 歳）
住所			
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工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（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する。）			
必要と認める補装具	補装具の種目、名称		
	処 方（車椅子・電動車椅子・車椅子または電動車椅子機能付姿勢保持装置をオーダーメイドで作製する場合、または複数個支給を適当と判断する場合、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1）治療・訓練は補装具費支給制度の趣旨とは異なることに留意し、現在の身体状況で補装具の支給を受けて可能になる事柄を記載する。（注2）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。（注3）複数個支給を適当とする医学的判断があれば、日常用と使い分ける必要性も加味し記載する。		
上記のとおり意見する <div> 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 </div> <div style="text-align: right;">  </div>			

※ 意見書の作成は、身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師であること。難病患者等については、前記医師等のほか、都道府県が指定する難病支援医療拠点病院又は難病医療協力病院において、主に難病治療に携わる医師であること。