

補 装 具 費 支 給 意 見 書

氏名		年 月 日 生 (歳)	
障害名および原因となった疾病・外傷名			
＊障害者等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、身体症状の変動状況 や日内変動についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続き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：借受が必要な場合は借り受け期間及び効果が明確となるよう記載する。)		
以下の種目 を処方する場 合に右欄を記 載する ・車椅子、 ・電動車椅子 ・姿勢保持 装置	使 用 場 所		□屋内（家庭・職場・学校・施設） □屋外
	身体機能	座位能力（端座位）	□手の支持なしで座れる □手の支持で座れる □座位不能（体幹の支持を要する）
		移動能力	□自立（立位移乗・横移動・正面移動） □介助（立位移乗・座位移乗・抱え上げ・リフト）
		駆動能力	□駆動不能 □屋内のみ駆動可能 □屋内外の駆動可能
		駆動方法	□全介助 □両上肢 □片手片足（右・左） □両下肢 □一側上肢（右・左）
		自動車への積載	□なし □自立（独力・車椅子積載装置） □介助（人的介助・スロープ・リフト）
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			