補装具・様式１１

補　装　具　費　支　給　意　見　書

<table>
<tr><td>氏名</td><td>年　月　日生（　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">障害名及び原因となった疾病・外傷名</td></tr>
<tr><td colspan="2">(1) 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）。
(2) (1)で該当「する」の場合、進行性疾患に該当（□する・□しない）。</td></tr>
<tr><td colspan="2">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、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続が必要な理由についても記載する。）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">必要と認める補装具</td><td>補装具の種目、名称：</td></tr>
<tr><td>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。）</td></tr>
<tr><td>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。）</td></tr>
<tr><td>備考（注：特例補装具の場合は、基準による補装具では対応できない理由を記載する。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">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
医　師　氏　名</td></tr>
</table>

※意見書を作成できる医師については補装具費支給事務取扱指針に準ずる。