

18歳未満

補装具費支給意見書

対象児童	住所	
	フリガナ氏名	年 月 日生 (歳)
障害名および原因となった疾病・外傷		
障害の現況		
必要と認める補装具	補装具の名称	
	処方	
	上記補装具を必要と認める理由 (使用による具体的効果等)	
	その他	
上記のとおり意見する。 平成 年 月 日 自立支援医療機関名 診療科 医師氏名		
印		

別紙：付属品等の処方（欄が不足する場合は、こちらをご利用ください）

名称	使用による効果等
<input type="checkbox"/> 特別調整 ()	
<input type="checkbox"/> シートベルト	
<input type="checkbox"/> テーブル	
<input type="checkbox"/> スポークカバー	
<input type="checkbox"/> クッション	
<input type="checkbox"/> エアキャスター	
<input type="checkbox"/> 転倒防止装置	
<input type="checkbox"/> 介助者用ブレーキ	
<input type="checkbox"/> ステッキホルダー	
<input type="checkbox"/> 泥よけ	

記入上の留意点

障害の 現況	原則として補装具を要する障害について記入してください。 手帳に記載がなくても他の障害等を合併している場合はその現症についても記載してください。 握力・運動障害（車いす等）、聴力（補聴器）などについても記載してください。
処方	リクライニング等の機構、付属品等の処方等について記入してください。欄が不足する場合は、別紙に記入してください。特例補装具の処方についても記入してください。