

## 特例補装具費支給意見書

|                                                                                          |  |         |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|-----|
| 氏 名                                                                                      |  | 年 月 日 歳 | 男・女 |
| 住 所                                                                                      |  |         |     |
| 特例補装具名                                                                                   |  |         |     |
| 現病歴                                                                                      |  |         |     |
| ※障害者総合支援法の対象となる特殊疾患（難病等）に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない ） |  |         |     |
| 障害の状況                                                                                    |  |         |     |
| ※難病患者については、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                                                     |  |         |     |
| 特例補装具を必要とする理由                                                                            |  |         |     |
| ○身体機能面                                                                                   |  |         |     |
| (1) 基準内補装具では対応出来ない理由                                                                     |  |         |     |
| (2) 特例補装具で得られる効果                                                                         |  |         |     |
| ○社会的側面（職業上、教育上、その他）                                                                      |  |         |     |
| (1) 基準内補装具では対応出来ない理由                                                                     |  |         |     |
| (2) 特例補装具で得られる効果                                                                         |  |         |     |
| 年 月 日                                                                                    |  |         |     |
|                                                                                          |  | 病院名     |     |
| 身体障害者福祉法第 15 条指定医                                                                        |  | 医師名     |     |