

補装具費支給意見書・処方箋

(頭部保持具・起立保持具・排便補助具・歩行器・その他)

第11号様式

氏名		生年月日	T S H R	年 月 日	歳
住所			職業 学校名(学年)		
障害名	(級)	原因傷病名	(疾病・外傷発生年月日： 年 月 日) ※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 (<input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない)		
1. 申請する補装具の名称					
2. 障害・疾患等の状況について (注：上記補装具を必要とする明確な理由を記載してください。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てください。)					
3. 処方の内容 (図示等)					
(歩行器の借受の場合は、1年後の身体成長の見込みを記入すること) 借受の意向 (なし ・ あり)					
4. 効果見込み (再作製の理由含)					
5. 現在、所持している補装具 (・なし ・あり)					
補装具名称と 使用状況					
上記のとおり意見、処方する。		所在地			
年 月 日		医療機関名			
		医師氏名			

(令和6年4月1日から適用)