

特例補装具費支給意見書

第13号様式

氏名		生年 月日	T S H R	年 月 日	歳
1. 特例補装具名					
2. 処方内容について (特例となる構造、付属品等がわかるように具体的に記載してください)					
3. 特例補装具(付属品)が必要な具体的理由 [基準の補装具では適応できない理由(前回の補装具状況も含む)について具体的に記載してください]					
4. その他					
上記のとおり意見する。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> 年 月 日 所在地 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; width: 80%; margin: 0 auto;"> 医療機関名 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; width: 80%; margin: 0 auto;"> 医師氏名 </div>					

※特例補装具の場合は、各補装具処方意見書と合わせて記入ください。

(令和6年4月1日から適用)