

補装具費支給意見書（車椅子・補聴器以外用）							
氏名		男・女	住所		大昭 平令	生	
障害名 または 疾患名				原傷 病名	身体障害者手帳の所持状況 無 ・ 有 ・ 申請中 等級（申請等級） 級		
現病歴							
現症							
補装具の名称または修理部位・補装具製作上の処方及び工作所見						概算額	円
特例補装具費支給の必要性・意見							
補装具使用による効果							
医療機関名				担当医師名			
				印			
所在地				記載年月日			
				年 月 日			