

補装具費支給意見書

(座位保持椅子・起立保持具・頭部保持具・排便補助具)

※児童補装具

氏名		生年月日	年 月 日生(歳)
住所			
障害名			
医学的所見	障害の部位及びその状況		
	使用中の補装具	座位保持装置・車椅子・歩行器・その他()	
	座位保持	自立 補助要:背もたれ・シートベルト・その他() 不可能	
	立位保持	自立 要手すり 介助 不可能	
処方内容	座位保持椅子	軟性の内張り	車載用(製品名)
	起立保持具		
	頭部保持具		
	排便補助具		
必要理由 (使用により 改善されること)			使用場所 使用頻度
上記のとおり意見します。 年 月 日			
医療機関名 診療科 医師名			印

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に定める指定医師で肢体不自由の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。