

補装具費支給意見書（その他）

住 所
郡 町
市 村

身体障害者

氏 名
(生年月日) 年 月 日 才

手帳等級 _____ 障害 _____ 級

○病名 ○装着しなければならない補装具の名称

○障害名 ○補装具の処方及び工作的所見

○障害状況 ○補装具使用による効果の見込

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医 師 名

印