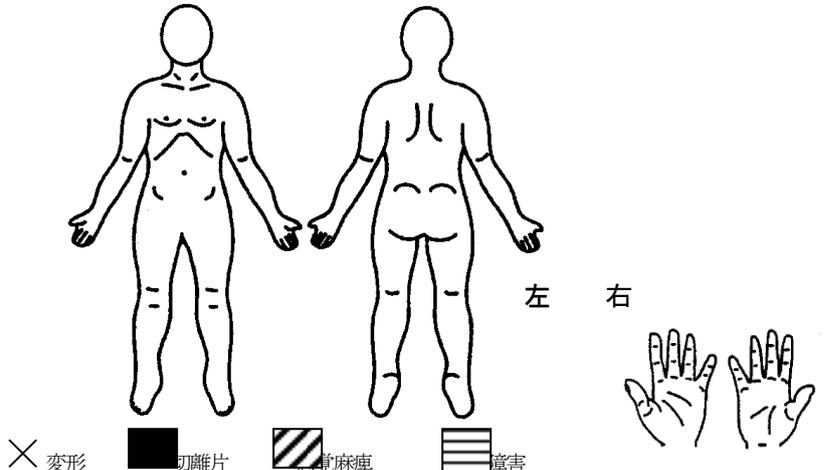


(様式第3号)

補装具意見書(肢体不自由用(車椅子を除く))

ふりがな		男・女	年 月 日生 (歳)
氏名			
住所			
傷病名	※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)		
現症			
肢体不自由の状況及び所見 参考図示			
 <p>左 右</p> <p>× 変形 ■ 切断片 ▨ 感覚麻痺 ▬ 障害</p>			
補装具の種目及び名称	種目	工作的意見(基本構造・付属品等)	
	名称		
効果の見込み			
以上のとおりです。			
平成 年 月 日			
医療機関			
医 師			
印			

※ 座位保持装置の構造フレームに車椅子を使用する場合、車椅子の意見書も記入し提出してください。