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	年　月		事故・疾病（病名　）

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

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。