様式３（１）　2024.04改

補　装　具　費　支　給　意　見　書　（肢体）【記入のポイント】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　　　名 | | 身体障害者手帳の  内容と等級を記入  急速に進行するため迅速な支給が必要であると認められる場合「迅速判定」をすることができる。 | 年　　月　　日生（　　　歳） | |
| 居住地 | | 郡・市　　　　　　町・村 | | |
| 障害名及び  原因となった疾病･外傷名 | | (　　種　　級) | | 進行性疾患：  □該当　□非該当  支給決定手続：  □迅速　□一般 |
| 補装具の名称  又は修理項目 | | 処方する補装具（型式まで）について　記入  例）・車椅子リクライニング式介助用  　 ・右短下肢装具（硬性支柱なし）  　　短下肢装具　硬性　支柱なし | | |
| 医  学  的  判  定 | （障害の状況）  ・障害に至った経過及び現症について記入。  ・身体状況からなぜその装具（機能）が必要なのかについて記入。【裏面２参照】  （補装具を使用した効果）  その装具（機能）を使用することでどのような効果が期待でき、何が自立するのか、具体的に記入。【裏面３参照】 | | | |
| 処方 | 義肢・装具・姿勢保持装置・電動車いす・車いすについては､処方箋（採型表）を添付してください。既製品の場合には､カタログ等を添付してください。 | | | |
| 処方する装具（型式　まで）記入  　上記のとおり　　　　　　　　　　　　装用の必要性が認められます。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　医師名  いずれかに必ずチェックを入れる  　　　所　在　地 | | | | |
| 該当する項目にチェックをお願いします。  □　身体障害者福祉法第１５条指定医師　　　　□　国立障害者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ学院において実施して  □　肢体不自由　　　　　　　　　　　　　　　いる補装具関係の適合判定医師研修会修了者  □　心臓機能障害  □　呼吸器機能障害 | | | | |