

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