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 |