

特例補装具費支給意見書

氏名		年 月 日 歳	男・女
住所			
特例補装具名			
現病歴	<p>※障害者総合支援法の対象となる特殊疾患（難病等）に該当（<input type="checkbox"/>する・<input type="checkbox"/>しない）</p>		
障害の状況	<p>※難病患者については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する</p>		
特例補装具を必要とする理由	<p>○身体機能面</p> <p>(1) 基準内補装具では対応出来ない理由</p> <p>(2) 特例補装具で得られる効果</p> <p>○社会的側面（職業上、教育上、その他）</p> <p>(1) 基準内補装具では対応出来ない理由</p> <p>(2) 特例補装具で得られる効果</p>		
	年 月 日	病院名	
	身体障害者福祉法第 15 条指定医	医師名	