

様式2-10 (裏面)

<p>処方補装具名</p>	<p>【補装具費支給対象となるのは、原則1個です。】</p>
<p>製作区分</p>	<p><input type="checkbox"/>新規 <input type="checkbox"/>再製作 <input type="checkbox"/>修理 *再製作の場合、修理対応が困難な理由について御記入ください。</p>
<p>補装具製作にあたっての留意点</p>	<p>【型式、採型・採寸区分、製作要素、完成用部品の指定等について御記入ください。】</p>
<p>使用効果見込</p>	<p>【処方補装具を装着・使用により可能となる具体的動作等を御記入ください。】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式13に記載すること。</p>
<p>上記のとおり意見します。 年 月 日</p> <p>医療機関名 所在地 作成医師氏名 電話番号 ()</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。)</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医 (※注)</p> <p><input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医 (※注)</p> <p><input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師</p> <p><input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づき都道府県が定める医師</p>	