様式11

**特例補装具に関する理由書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診査日 | 　 年 　月　 日 |  |
| 氏　名 |  | 住　所 |  |
| 補装具の名称 |  | 補装具の型式 |  |
| 障害者（児）の状況 | （１）身体の状況 |
|  |
| （２）日常生活（家庭生活・社会生活）の状況 |
|  |
| 特例補装具が必要な理由 | （１）特例補装具の特徴 |
|  |
| （２）特例補装具による効用・基準内の補装具による支障 |
|  |
| 総合意見 |  |
| 上記のとおり、真にやむを得ない理由により特例補装具費支給が必要である。　　年　　月　　日　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　所在地静岡県身体障害者更生相談所長　様　　 氏　名　　　　　　　　　印 |