

補装具費支給意見書（難病等）

診査日	年 月 日		
氏 名		生年 月 日	年 月 日
障害名及び原因となった疾病・外傷名			
※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当すること			
障害・疾患等の状況 (注：難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な理由についても記載してください。)		進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般	
必要と認める補装具	補装具の種目、名称		
	使用効果見込み (補装具を必要と認める理由・効果が明確となるよう記載してください。)		
上記のとおり補装具費支給が必要である。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 電話番号 ()			
※ 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記載することができません。) <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） <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） <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 <input type="checkbox"/> 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			