

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			
<p>※総合支援法施行令に規定する特殊の疾病（難病等）に該当すること</p>			
障害・疾患等の状況（身体症状等の変動状況や日内変動等について御記入ください。）			
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御記入ください。）		
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 () 印			
※ 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"/> 【難病患者等に限る】都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医（※注）			

※注 専門医とは、平成19年厚生労働省告示第108号第1条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師をいう。