

# 特例補装具費支給意見書

様式15

|                                                                                  |       |          |              |       |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|--------------|-------|---|---|---|
| 氏名                                                                               | 男 ・ 女 | 生年<br>月日 | M T<br>S H R | 年     | 月 | 日 | 歳 |
| 1．特例補装具名                                                                         |       |          |              |       |   |   |   |
| 2．処方内容について記載してください<br>(特例となる構造、部品等がわかるように具体的に記載してください)                           |       |          |              |       |   |   |   |
| 3．特例補装具が必要な理由について具体的に記載してください<br>〔基準の補装具では適応できない理由(前回の補装具状況も含む)について具体的に記載してください〕 |       |          |              |       |   |   |   |
| 4．その他                                                                            |       |          |              |       |   |   |   |
| 上記のとおり意見する。                                                                      |       |          |              | 所在地   |   |   |   |
| 令和 年 月 日                                                                         |       |          |              | 医療機関名 |   |   |   |
|                                                                                  |       |          |              | 診療科名  |   |   |   |
|                                                                                  |       |          |              | 医師氏名  |   |   |   |
|                                                                                  |       |          |              |       |   |   | 印 |